



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

### Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

### About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>

LABS MEDICAL LIBRARY STAMFORD  
L41 V18 5  
Guide du médecin praticien : OUL, revu




24503401674



AUG 29 1967

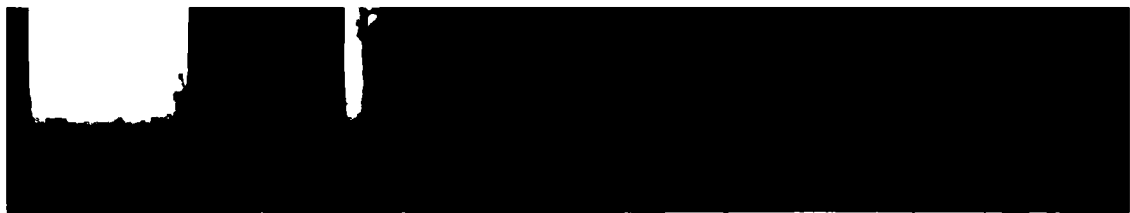


*Gift of*  
Dr. Randolph Flood



**LANE MEDICAL LIBRARY  
300 PASTEUR DRIVE  
PALO ALTO, CALIF. 94304**

**LANE MEDICAL LIBRARY  
STANFORD UNIVERSITY  
300 PASTEUR DRIVE  
PALO ALTO, CALIF,**









**GUIDE**

**DU**

**MÉDECIN PRATICIEN**

---

**TOME CINQUIÈME.**

**Librairie de J.-B. BAILLIÈRE et FILS.**

**Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale. ou Description et iconographie paléopathologique des lésions morbides, tant liquides que solides, observées dans le corps humain, par le docteur H. LEBERT, professeur de clinique médicale à l'Université de Zurich, membre des Sociétés anatomique, de biologie, de chirurgie et médicale d'observation de Paris. Ouvrage complet. Paris, 1855-1861. 2 vol. in-fol. de texte, et 2 vol. compoés de 24 planches dessinées d'après nature, gravées et la plupart coloriées avec le plus grand soin. 600 fr.**

Cet important ouvrage se compose de deux parties.

Après avoir dans une introduction rapide présenté l'histoire de l'anatomie pathologique depuis le XVI<sup>e</sup> siècle jusqu'à nos jours, M. Lebert embrasse dans la première partie de son livre l'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE. Il passe successivement en revue l'Hyperémie et l'Inflammation, l'Ulcération, la Gangrène, l'Hémorrhagie, l'Atrophie, l'Hypertrophie, glandulaire en particulier, les Tumeurs qu'il divise en productions Hypertrophiques, Hémionomorphes hétérotopiques, Hétéromorphes et Parasitiques, enfin les Vices congénitaux de conformation. Cette première partie comprend les pages 1 à 426 du tome premier, et les planches 1 à 61.

La deuxième partie, sous le nom d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE SPÉCIALE, traite des lésions considérées dans chaque organe en particulier. M. Lebert étudie successivement dans le livre I (pages 427 à 581 et planches 62 à 78) les maladies du Cœur et des Artères, les altérations des Veines, des Vaisseaux et des Glandes lymphatiques; dans le livre II, les maladies du Larynx et de la Trachée, des Bronches, de la Plèvre, de la Glande thyroïde et du Thymus pages 582 à 753 et planches 79 à 94). Telles sont les matières traitées dans le 1<sup>er</sup> volume du texte et les lésions figurées dans le tome I<sup>er</sup> de l'atlas.

Avec le tome II, commence le livre III, qui comprend (pages 1 à 132 et planches 95 à 106) les Maladies du système nerveux, de l'Encephale et de ses membranes, de la Moelle épinière et de ses enveloppes, des Nerfs, etc.

Le Livre IV (pages 133 à 327 et planches 107 à 135) est consacré aux Maladies du tube digestif et de ses annexes (maladies du Foie et de la Rate, du Pancréas, du Péritoine, altérations qui frappent le Tissu cellulaire rétro-péritonéal, Hémorrhoides,).

Le livre V (pages 328 à 381 et planches 136 à 142) traite des maladies des Voies urinaires (maladies des Reins, des Capsules surrénales, Altérations de la Vessie, Altérations de l'Urèthre).

Le Livre VI (pages 382 à 484 et planches 143 à 164, sous le titre de Maladies des organes génitaux, comprend deux sections: 1<sup>o</sup> Altérations anatomiques des organes génitaux de l'homme (Altérations du pénis et du scrotum, Maladies de la prostate, Maladies des glandes de Méry et des vésicules Séminales, Altérations du Testicule et de ses enveloppes); 2<sup>o</sup> Maladies des organes génitaux de la femme (maladies de la vulve et du vagin, etc.).

Le Livre VII (pages 485 et suiv. et planches 165 à 182) traite des Maladies des os et des articulations.

Le Livre VIII (texte fin du tome II et planches 183 à 200), maladies de la Peau, Morve, etc.

Les planches de chaque livraison, avec leur explication, se rapportent toujours exactement aux questions étudiées dans le texte correspondant, complété par le détail des observations qui ont fourni les pièces représentées sur les dessins. L'œuvre de M. Lebert acquiert ainsi une grande utilité pratique. Nous croyons que cela suffit pour prouver que l'ouvrage n'a pas été conçu sous le point de vue exclusif de la micrographie. Pour M. Lebert, le microscope n'est pas l'*ultima ratio* de l'anatomie pathologique; c'est un moyen de plus ajouté aux autres, et son rôle ne commence qu'après l'observation exacte des symptômes et l'étude rigoureuse de tous les caractères visibles à l'œil nu. Au surplus, nous croyons inutile d'insister plus longtemps sur la manière de voir de l'auteur dont le but constant a été l'union de la clinique et de l'anatomie pathologique, ainsi que leur application au perfectionnement de la thérapeutique.

# GUIDE

DU

# MÉDECIN PRATICIEN

OU

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES

*Francis*  
*du*  
*doit*  
**F.-L.-V. VALLEIX, 1807-1855.**

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ,  
Membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique de Paris,  
de la Société médicale des hôpitaux, etc.

---

**QUATRIÈME ÉDITION.**

REVUE, AUGMENTÉE, ET CONTENANT LE RÉSUMÉ DES TRAVAUX LES PLUS RÉCENTS,  
PAR MM. LES DOCTEURS

**V.-A. RACLE**

Médecin des hôpitaux de Paris,  
chef de clinique médicale de la Faculté  
de médecine.

**P. LORAIN**

Professeur agrégé de la Faculté de médecine  
de Paris,  
médecin des hôpitaux.

---

**TOME CINQUIÈME**

Maladies des femmes. — Maladies du tissu cellulaire,  
de l'appareil locomoteur et des organes des sens. — Intoxications.

---

**PARIS**

**J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,**

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

Rue Hautefeuille, 19.

**LONDRES**

Hippolyte Baillière, 219, Regent street.

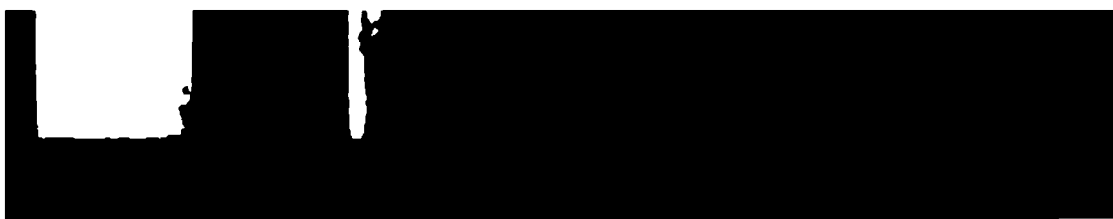
**NEW-YORK**

H. et Ch. Baillière brothers, 440, Broadway.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

**1861**

*Les éditeurs se réservent le droit de reproduction et de traduction.*



# GUIDE

DU

## MÉDECIN PRATICIEN

### LIVRE DIXIÈME.

#### Maladies des femmes.

Voici la division que nous adopterons dans cette section. 1° Nous étudierons les *maladies de la vulve*; 2° les *affections du vagin*; 3° nous ferons ensuite l'histoire de la *leucorrhée*, dont le siège ne saurait être exclusivement placé ni dans le vagin ni dans l'utérus, et qui nous servira de transition entre les maladies de ces organes. Viendront après les *maladies de l'utérus, des ligaments larges et des tissus avoisinants*; 5° puis celles des *ovaires*; 6° enfin, les *abcès de la fosse iliaque*, dont les rapports avec certaines lésions des organes génitaux ont à peine dû être mentionnés.

### CHAPITRE PREMIER.

#### MALADIES DE LA VULVE.

En ce que les maladies de la vulve soient accessibles à l'exploration directe, on ne peut dire qu'elles sont plus imparfaitement connues que beaucoup de maladies internes; ce qui tient sans aucun doute à la négligence avec laquelle on les a étudiées. Nous ne nous occuperons que de la *vulvite simple*, de la *vulvite folliculaire*, de la *folliculite vulvaire*, de la *vulvite pseudo-membraneuse*, de la *gangrène*, de la *névralgie* et du *prurit de la vulve*. Ces affections sont, en effet, les seules qui doivent trouver place dans le cadre que nous nous sommes tracé.

#### ARTICLE 1<sup>er</sup>.

##### VULVITE SIMPLE.

On ne trouve nulle part une description de la vulvite simple. Cela tient à ce que l'on n'a guère considéré cette maladie que comme faisant partie de la *blennorrhagie*. Il est certain que c'est à la suite de cette affection spéciale qu'elle se montre le plus fréquemment; cependant il n'est pas douteux que l'inflammation de la vulve ne puisse aussi se produire en dehors de toute cause vénérienne; et, n'y



eût-il que la vulvite que l'on observe chez les enfants, le fait serait parfaitement prouvé. Il importe donc d'en dire quelques mots.

*Causes.* — C'est, comme nous l'avons dit, *chez les petites filles* que se montre particulièrement la vulvite dont il s'agit. Cependant, ainsi que l'ont fait remarquer les auteurs qui se sont occupés particulièrement des maladies des enfants, il n'est pas commun de voir la maladie se développer spontanément chez des sujets parfaitement sains. Elle se produit ordinairement chez des enfants *détériorés par des maladies antérieures, lymphatiques, scrofuleux*. Il est fort rare de la voir apparaître de cette manière après les premières années de la vie.

Que les sujets soient sains ou dans un état valétudinaire, il faut ordinairement une cause excitante pour produire la maladie. C'est souvent la *malpropreté* chez les enfants; et, dans toutes les conditions, ce sont les *diverses excitations* de vulve, parmi lesquelles il faut placer en première ligne la *masturbation* et les *violences exercées par des hommes* sur des filles très jeunes. Nous avons vu, en parlant des *oxyures* du rectum, que ces petits vers peuvent occasionner un prurit très désagréable, non-seulement de l'anوس, mais encore de la vulve, soit qu'ils portent dans cette dernière partie, soit qu'ils restent dans le rectum. Il en résulte que les petites filles portent sans cesse leur main à la vulve, qu'elles irritent cette partie par des frottements répétés, et de là une inflammation plus ou moins vive.

On observe assez fréquemment un écoulement abondant de la vulve chez les filles nouvellement nées. Ce qui paraît particulièrement produire cet écoulement, qui s'accompagne assez souvent de tuméfaction et de rougeur, ce sont les manœuvres de l'accouchement, et peut-être le contact des matières sécrétées par le vagin de la mère. Le fait est surtout évident lorsque les enfants se sont présentés par le siège.

[Les *excès de coït* ou seulement la *défloration* peuvent être cause de l'inflammation de la vulve chez les femmes adultes. « J'ai plusieurs fois observé, dit M. Lebert (1), chez des jeunes femmes récemment mariées, une vulvite très intense lorsqu'il y avait disproportion des organes génitaux ou rigidité de l'hymen, ou abus du coït. » Il est d'autant plus important de signaler l'action de ces causes que l'on pourrait, bien à tort, attribuer les accidents à la contagion blennorrhagique.

*Symptômes.* — 1° *Vulvite simple aiguë.* — Rien n'est plus simple que les symptômes de la vulvite simple aiguë. Un sentiment de *chaleur*, avec *cuisson* plus ou moins vive et *tuméfaction* plus ou moins considérable de la vulve qui offre quelquefois un aspect fongueux, et bientôt après un écoulement d'abord limpide, puis épais, blanc ou jaunâtre, d'une abondance variable, voilà ce que l'on observe dans tous les cas. Le contact de l'urine augmente la douleur lorsque l'inflammation est un peu vive, et dans le même cas, *la marche est difficile* ou presque impossible. On voit, au reste, que, sous ce rapport, il n'y a pas de différence essentielle entre la vulvite simple et la blennorrhagie.

Cette inflammation peut-elle se communiquer par le contact? C'est ce que présentent plusieurs auteurs, mais ce qui n'est pas démontré.

Cette affection ne détermine pas par elle-même de *symptômes généraux*; c'est un mal purement local.

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1860, t. II, p. 416.

*vulvite simple chronique.* — C'est sous cette forme qu'elle se présente sous les enfants profondément débilités. Elle succède à la précédente lorsque les excitations continuelles l'ont entretenue pendant longtemps. Elle ne diffère de l'aiguë que par l'absence complète ou presque complète de la douleur, de la tuméfaction, et parfois de la rougeur. L'écoulement qu'elle produit est aussi paisible dans les cas ordinaires.

*Marche, durée, terminaison.* — La marche de la maladie est très aiguë lorsqu'une violence brusque a été exercée sur la vulve. S'il s'agit d'une excitation comme la masturbation, ce n'est qu'au bout d'un certain temps que les symptômes prennent un assez haut degré d'intensité. Nous avons vu plus haut que la vulvite simple, qui survient secondairement chez les sujets malades, a ordinairement une marche chronique.

La durée de cette affection est par conséquent très variable. Suivant M. Durand, la terminaison de cette affection, lorsqu'elle est due à une violence brutale, se fait remarquablement promptitude avec laquelle elle se guérit. Le fait doit être admis d'une manière générale ; cependant nous avons vu à l'hôpital de Lourcine un certain nombre de petites filles qui avaient subi de semblables violences, sans que rien pût nous faire penser qu'il y avait contagion, et chez lesquelles l'écoulement se prolongeait longtemps, et résistait aux moyens qui, d'après tous les auteurs, en triomphent ordinairement. Peut-être, malgré la surveillance, la masturbation entretenait-elle le mal. Il est en effet qu'il y a de certain, néanmoins, c'est que la vulvite aiguë peut, dans quelques cas, durer, avec tous ses caractères, un et deux mois sans qu'il soit possible de découvrir la cause de cette durée insolite.

La vulvite aiguë a une terminaison promptement favorable dans la grande majorité des cas. On vient de voir qu'il y a des exceptions à cette règle. La vulvite chronique, et surtout celle qui est la conséquence d'une débilitation considérable, a une tendance à se perpétuer, bien qu'on éloigne la cause occasionnelle qui a pu la produire, et que l'on emploie les moyens reconnus pour les plus efficaces.

*Diagnostic.* — Il est évident que le diagnostic de l'inflammation de la vulve, considéré d'une manière générale, ne peut présenter aucune difficulté. Pour la vulvite aiguë, la rougeur, la tuméfaction, la douleur et l'écoulement forment un ensemble de symptômes qui ne peut se rapporter qu'à cette maladie ; et pour la vulvite chronique, un écoulement avec un certain degré d'irritation, bornés à la vulve, sont des caractères suffisants.

Il n'est qu'un seul point sur lequel il soit nécessaire de dire quelques mots ; mais qui a une grande importance et présente de grandes difficultés. Est-il possible de distinguer, d'après les symptômes et la marche de la maladie, si la vulvite due à une violence extérieure, la vulvite traumatique, suivant l'expression de M. Durand, peut être distinguée de la vulvite spontanée ? C'est principalement chez les jeunes filles qui n'ont pas atteint l'âge de quinze ans, que l'on est appelé à se prononcer sur la nature de l'affection, parce que la disproportion des organes rend les effets des violences beaucoup plus graves, et qu'il en résulte une inflammation ordinairement intense. Les cas de ce genre ne se présentent que trop fréquemment à l'observation, et les médecins légistes savent combien leur mission est délicate en pareil cas.

M. Durand-Fardel (1) s'est attaché plus qu'aucun autre auteur à résoudre cette question importante, et voici un résumé de ce qu'il dit à ce sujet. D'après ses observations : 1° La vulvite due à la violence est bornée à la vulve et au méat ou au canal de l'urèthre, tandis qu'il est extrêmement rare que l'on observe cette circonscription dans la vulvite spontanée. 2° La vulvite traumatique présente une rougeur plus vive de la muqueuse, et un état d'éréthisme des petites lèvres plus marqué que dans la vulvite spontanée, qui est ordinairement chronique, ainsi que nous l'avons vu plus haut, et sous la dépendance d'une détérioration plus ou moins marquée de l'organisme. 3° La première cède à des moyens très simples avec beaucoup plus de facilité et de promptitude que la seconde à des moyens plus actifs. 4° Enfin le début récent de l'affection, rapproché d'autres circonstances, peut mettre sur la voie du diagnostic.

Les signes distinctifs donnés par M. Durand-Fardel, auxquels il sera bon d'ajouter d'autres tirés d'un interrogatoire attentif sur les diverses causes précédemment indiquées, ont une valeur réelle, et assurément il n'est pas de médecin légiste qui n'en tienne un grand compte. Néanmoins, et l'auteur que nous citons le reconnaît lui-même, ce ne sont pas là des certitudes, et, à moins que d'autres observations ne viennent jeter un nouveau jour sur cette question obscure, une enquête rigoureuse sur ce qui s'est passé sera toujours nécessaire pour permettre de porter un diagnostic précis qui, du reste, sous le rapport pratique, n'a pas une aussi grande importance.

*Pronostic.*—L'affection dont il s'agit est très peu grave lorsqu'elle survient à la suite d'une violence extérieure, d'une excitation quelconque, chez un sujet bien portant. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque, soit sous l'influence de ces causes, soit spontanément, la vulvite se manifeste chez des enfants débilités par de précédentes maladies antérieures ou actuellement malades, l'affection est plus sérieuse, d'abord parce qu'il est beaucoup plus difficile d'en triompher, et ensuite parce que l'écoulement continu qui en résulte contribue encore à augmenter la débilitation, et occasionne des troubles digestifs.

*Traitement.* — Le traitement de la vulvite simple aiguë ne présente rien de particulier. Disons seulement que cette affection cède ordinairement beaucoup plus promptement que la vulvite blennorrhagique aux simples émollients, et dans les cas les plus graves aux lotions légèrement astringentes. Dans quelques cas néanmoins, il faut recourir aux lotions cathérétiques, et, comme nous l'avons dit plus haut, ces cas peuvent être assez rebelles. Ainsi on aura recours à la cautérisation légère avec le nitrate d'argent, et aux lotions avec une faible solution de cette substance, à peu près comme dans la vulvite chronique.

La vulvite chronique, et surtout celle qui est sous la dépendance d'une débilitation marquée de l'organisme, d'un état lymphatique, scrofuleux, exige quelquefois d'autres moyens. Ainsi, localement, on aura recours tout d'abord aux lotions astringentes ou cathérétiques (nitrate d'argent dissous dans l'eau, à la dose de 0,10 gram., par 60 grammes de liquide); puis, s'il s'agit d'un appauvrissement du sang résultant d'une convalescence difficile, de la misère, etc., on prescrira

(1) *Mémoire sur la blenn. chez la femme, e.c.* (Journal des connaiss. méd.-chirurgicales, juillet 1840).

les *analeptiques*, comme dans la blennorrhée qui se montre dans les mêmes conditions ; et si le sujet est scrofuleux, on aura recours aux moyens indiqués sous le titre *Scrofules* (1).

Il prendra facilement pourquoi nous passons si rapidement sur cette malade : l'histoire demande de nouvelles recherches.

## ARTICLE II.

### VULVITE FOLLICULEUSE.

#### § I. — Définition.

M. A. Robert (2) avait indiqué la possibilité de l'inflammation isolée des follicules situés à l'entrée du vagin, lorsqu'un certain nombre de cas qui se sont présentés à M. A. Robert (3) ont permis à ce chirurgien de tracer une histoire détaillée de cette affection. Voici ce qui résulte de ses recherches.

#### § II. — Causes.

La vulvite folliculeuse survient presque toujours à la suite d'une *blennorrhagie* que se manifeste l'inflammation des follicules muqueux de la vulve, du moins c'est dans ces circonstances que M. Robert l'a observée ; mais on conçoit que toute autre inflammation puisse donner lieu à ces lacunes, et donner lieu aux symptômes qui vont être décrits. M. Robert cite deux faits dans lesquels on voit l'inflammation survenir après la gros-

#### § III. — Symptômes.

L'inflammation des autres parties, soit de la vulve, soit du vagin, est dissipée ou considérablement amendée lorsque celle des follicules se fait remarquer par les symptômes qui lui sont propres. M. Robert explique facilement la persistance de cette inflammation par la disposition des parties enflammées. On comprend, en effet, sans peine, que ces cavités à orifice étroit présentent une inflammation plus rebelle que les autres points de la muqueuse, puisque les moyens dirigés contre elle atteignent difficilement le siège du mal.

Les malades éprouvent, dans le point occupé par l'inflammation, un *prurit* paroxysmique insupportable, ou bien des *élancements douloureux*, ou enfin l'un et l'autre de ces symptômes. C'est surtout pendant la marche qu'ils se font sentir.

Il y a toujours de l'*écoulement*. La matière de cet écoulement est peu abondante ; blanche et opaline lorsque la maladie est ancienne ; jaunâtre, épaisse, puriforme lorsque la maladie est récente. Dans quelques cas, l'écoulement est plus abondant. Cela tient à la dilatation de la cavité folliculeuse qui augmente la surface irritée. L'écoulement n'est pas continu, du moins dans la très grande majorité des cas. A des intervalles variables, une, deux fois ou plus par jour, la matière

1. Voyez les articles *Scrofules* et *Carreau*, t. I et IV.

2. *De mulier. organ. general. inserv.*

3. *Mémoire sur l'influence des follicules muqueux de la vulve* (Arch. gén. de méd. : *Année*, 1861, t. XI, p. 393).

s'échappe en plus ou moins grande abondance, ce qui s'explique facilement par l'étroitesse de l'orifice, qui détermine l'accumulation du liquide dans la cavité du follicule, de telle sorte que celui-ci n'est évacué que lorsque la distension de cette cavité est parvenue à sa dernière limite. Dans les deux cas survenus après la grossesse, c'était pendant la nuit que se vidaient les petites tumeurs, et Swediaur a cité un cas de prétendues pollutions nocturnes fréquentes chez une femme, que M. Robert est porté à rapprocher des faits précédents, ainsi que celui qu'il a observé lui-même. L'évacuation du pus contenu dans un ou plusieurs follicules aurait, dans ces cas, simulé les pollutions spermatiques de l'homme.

Quelquefois il est nécessaire d'exercer une pression sur les tumeurs pour les vider. M. Robert a cité des exemples de ce genre. Les femmes, prévenues par la douleur, cherchaient elles-mêmes à se soulager en pressant sur la poche purulente pour en faire sortir le liquide.

L'*examen* attentif de l'orifice du vagin fait voir, dans le sillon qui limite en dehors les caroncules myrtiformes, une ou plusieurs ouvertures très petites, arrondies, grisâtres, entourées d'une aréole rouge, contrastant avec la couleur rosée des parties voisines. Parfois ces aréoles se confondent et forment ainsi une zone d'un rouge vif, plus ou moins étendue autour de l'entrée du vagin et de celle de l'urèthre. Ces petites ouvertures sont situées sur de petites élévations dont le volume varie suivant que les follicules sont plus ou moins distendus par le pus. Quelques-unes sont parfois assez saillantes, ce qui est dû à la fois à la distension de la cavité et à l'hypertrophie des parois. C'est surtout pendant et après la grossesse que M. Robert a vu les saillies du plus gros volume.

Mais c'est en *explorant les points malades à l'aide d'un stylet d'Anel* qu'on obtient le signe le plus important. Ce stylet pénètre, en effet, à une assez grande profondeur par l'orifice indiqué plus haut. C'est ainsi que, dans plusieurs cas, M. Robert a pu le faire pénétrer jusqu'à une profondeur de cinq à six lignes.

Enfin, *lorsqu'on presse les follicules*, on voit s'écouler au dehors une quantité variable de matière ayant l'aspect indiqué plus haut, ce qui achève de caractériser la maladie.

L'affection est purement locale; aussi n'observe-t-on pas d'autres symptômes que ceux qui viennent d'être indiqués. Les malades sont souvent irritées par la persistance de leur maladie, par la douleur qu'elles éprouvent; mais la santé générale n'en est pas altérée, à moins de complications.

M. Robert a remarqué que, dans presque tous les cas, on trouve des ulcérations, des érosions, des granulations de l'utérus; mais il est évident que ces lésions, qui sont dues, comme l'inflammation des follicules, à la maladie primitive, la blennorrhagie, n'ont pas d'autre rapport avec la vulvite folliculeuse.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

L'inflammation des follicules se produit très rapidement dans le cours de la blennorrhagie; mais, dans le plus grand nombre des cas, elle est peu intense, ne pénètre probablement pas à une grande profondeur, et se dissipe avec l'inflammation *des autres parties des organes génitaux*. Dans les circonstances opposées, l'inflam-



te, elle reste stationnaire, et la maladie dont nous nous occupons est

de cette maladie est illimitée; les sujets ne réclament ordinairement après avoir souffert pendant longtemps. M. Robert a traité des malades qui étaient affectées depuis quinze mois.

Dans les faits connus, la *vulvite folliculeuse*, lorsqu'elle est parvenue au degré, n'a plus aucune tendance à se terminer spontanément; les follicules se remplissent bientôt de nouveau pus ou muco-pus, et ainsi de suite, jusqu'à l'amélioration qu'une diminution progressive dans la consistance et la couleur entraîne l'écoulement.

### § V. — Diagnostic.

Les symptômes indiqués plus haut sont trop précis pour que le diagnostic présente une grande difficulté. Cependant il est une affection analogue sur laquelle M. Vidal (1) a spécialement fixé l'attention des chirurgiens: c'est un abcès des grandes lèvres qui s'ouvre spontanément, et dont l'orifice devient par lequel des choses se passent dans ces cavités accidentelles comme dans les cavités dilatées et enflammées qui entourent l'orifice du vagin; mais, le siège de la maladie, si n'y aurait pas lieu de parler de ce diagnostic, si quelques chirurgiens n'ont pensé que peut-être l'inflammation, placée par M. Robert dans les grandes lèvres, n'est autre chose qu'un de ces abcès signalés par M. Vidal. C'est une question que nous ne pouvons pas résoudre d'une manière absolue; cependant les détails anatomiques fournis par M. Robert sont trop précis pour ne pas faire supposer que la maladie qu'il a décrite ait son siège ailleurs que dans les grandes lèvres dont il s'agit. Le mémoire de M. Hugnier (2) *sur les maladies de la vulvo-vaginale* fournira aussi de bons renseignements sur ce sujet. M. Hugnier, remarquant que le *prurit* de la vulve est parfois très-marqué dans les affections des follicules, s'est demandé si, dans quelques cas, ce n'est pas l'inflammation même qu'il faut rapporter le prurit observé sans lésions requises qui a été signalé par les auteurs. Il croit qu'on peut, en particulier, rapporter cette affection certains cas regardés par Bielt comme des *prurigos* de la vulve, dans lesquels aucune éruption ne se montrât, et il est d'autant plus porté à le croire que dans plusieurs observations citées, les moyens dirigés contre ces prétendues *prurigos* ont complètement échoué.

Il est inutile de dire que cette maladie n'a aucune gravité; et nous sommes convaincus qu'elle a toujours cédé à un traitement approprié.

### § VI. — Traitement.

Le traitement de la vulvite folliculeuse est tout chirurgical. Voici comment il est pratiqué par M. Robert :

L'expérience m'a démontré, dit cet auteur, qu'il ne faut pas compter sur les médicaments externes, et que le seul moyen efficace consiste à détruire les organes

*Traité de pathologie externe*, 5<sup>e</sup> édit. Paris, 1860, t. V.

*Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1850, t. XV, p. 606 et suiv.

affectés. Un stylet d'Anel, des ciseaux très fins et boutonnés, un crayon de nitrate d'argent sont les objets nécessaires pour cette petite opération.

La malade étant convenablement placée, on introduit d'abord un stylet d'Anel dans la cavité du follicule qu'on reconnaît à sa direction oblique, à sa position superficielle et à sa profondeur, qui varie entre quatre et huit lignes, puis on en dilate l'entrée en exécutant avec l'instrument de légers mouvements de circumduction. Une des lames des ciseaux étant substituée au stylet, on la fait parvenir avec précaution jusqu'au fond du follicule, et, par un mouvement brusque, on divise la cloison membraneuse et mince qui sépare sa cavité de celle du vagin. La plaie étant tout de suite abstergee, on la cautérise, ainsi que la surface du follicule, avec le crayon de nitrate d'argent.

Cette opération, quoique douloureuse, ne provoque aucun accident sérieux. Il survient un peu de gonflement inflammatoire, les surfaces cautérisées suppurent et se cicatrisent assez promptement ; mais souvent on voit persister quelques débris du follicule qui ont échappé, soit aux investigations du chirurgien, soit à l'action de l'instrument tranchant et du caustique. Il faut les atteindre et les cautériser plus tard. La guérison ne saurait être complète si le follicule n'est entièrement détruit. »

Telle est cette affection, que nous avons cru devoir présenter avec quelques détails, bien qu'elle appartienne plus particulièrement à la chirurgie qu'à la pathologie interne, parce qu'elle n'est pas très connue ; parce que, si l'attention du médecin n'est pas suffisamment attirée sur elle, il peut, pendant bien longtemps, la laisser persister malgré les incommodités qu'elle cause, et surtout parce que ces follicules malades, s'ils ne sont pas détruits, peuvent être des foyers permanents de contagion. Il est plus que probable, en effet, que dans un assez bon nombre de cas des femmes qui ont communiqué des blennorrhagies ont été regardées comme saines, tandis qu'elles avaient l'affection qui vient d'être décrite, et qui avait passé inaperçue.

Quant à l'hypertrophie des *follicules vulvaires*, et aux *maladies de la glande vulvo-vaginale*, elles rentrent entièrement dans le domaine de la chirurgie, et nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer, à ce sujet, le lecteur au mémoire de M. Huguier, cité plus haut.

### ARTICLE III.

#### FOLLICULITE VULVAIRE.

M. le docteur Huguier (1), qui a étudié avec une attention toute particulière les maladies des organes génitaux externes de la femme, a désigné sous le nom de *folliculite vulvaire* une affection qu'il ne faut pas confondre avec la précédente, car elle ne porte plus sur les follicules muqueux de la vulve, mais bien sur les follicules sébacés et pileux. Cette maladie n'est autre chose que l'inflammation de ces follicules ; elle mérite d'être connue, parce que, comme le fait remarquer

(1) *Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme* (Mém. de l'Acad. de méd., Paris, 1850, t. XV, p. 527).

Huguier, si l'on ne sait pas bien la distinguer, on risque de la confondre avec syphilis.

Les femmes brunes, rousses, lymphatiques, scrofuleuses, sont les plus sujettes à cette maladie, qui se montre tout particulièrement pendant la grossesse.

Parmi les causes occasionnelles, nous trouvons les grandes fatigues, la malpropreté, les *pediculi pubis* qui produisent la maladie par les frottements qu'ils occasionnent. Il faut aussi noter tout ce qui irrite la vulve : ainsi les frictions avec des pommades irritantes et les diverses éruptions dont cette partie peut être le siège.

M. Huguier décrit trois périodes dans les symptômes. Dans la première, il y a d'abord, un peu de tuméfaction, rougeur légère, petites élevures d'un rouge plus ou moins disséminées, nombreuses, arrondies ou étoilées, pénétrant dans l'épaisseur de la peau, où l'on sent leur résistance, rendant les surfaces rugueuses et occupant les follicules sébacés ou les bulbes pilifères. Elles ne sont douloureuses que quand on les irrite par des frottements, ou lorsqu'il y a une agglomération de follicules inflammés, et dans ce dernier cas, la douleur ne se manifeste que quand on touche la partie malade.

Il y a en même temps une augmentation de sécrétion et une odeur forte du pus sécrété.

Dans la seconde période, les follicules suppurent, augmentent de volume, et forment des boutons plus rouges à la base qu'à la pointe. Un peu plus tard, le bouton blanchit, et le bouton folliculaire prend l'aspect d'une pustule.

La chaleur, la démangeaison, la douleur augmentent. Ordinairement, les pustules sont déchirées par les ongles ou par des frottements; le pus s'écoule au dehors, et le follicule présente une petite ouverture de 1 à 2 millimètres.

Chez les femmes qui n'ont pas une grande propreté, la vulve a, dans ce moment, l'aspect repoussant. On y voit les poils collés par une matière poisseuse, grisâtre, un mélange de croûtes, de matière purulente, de débris de l'épiderme et de papilles érigées, des excoriations, un écoulement de pus qui peut être assez abondant pour aller jusque sur les cuisses; et enfin ces parties exhalent l'odeur la plus fétide.

Dans la troisième période, à laquelle M. Huguier donne le nom de période de déclin ou de dessiccation, la muqueuse et la peau pâlisent; il n'y a plus qu'une simple démangeaison, les follicules s'affaissent, il se forme de petites croûtes; quelquefois la matière purulente se concrète dans les follicules et y entretient une inflammation subaiguë, qui parfois reprend de l'acuité; d'autres fois les follicules se vident, l'inflammation tombe; enfin les excoriations et les ulcérations se cicatrisent. Souvent cette affection se complique d'érythème, d'ecthyma, et plus rarement d'œdème, d'herpès, d'érysipèle, d'abcès des nymphes. Il existe assez fréquemment de la leucorrhée ou une blennorrhagie syphilitique.

En exposant les symptômes dans leur ordre d'apparition, nous avons tracé la marche de la maladie. Sa durée est très variable, suivant les soins hygiéniques que prennent les malades. C'est principalement la durée de la deuxième période qui peut être prolongée par le défaut de soins et de propreté. Quant à la terminaison, elle n'est jamais fâcheuse.

Dans le diagnostic, on doit éviter de confondre cette affection avec d'autres

affections cutanées, et principalement avec les maladies syphilitiques. L'*herpès* s'en distingue par ses vésicules; l'*ecthyma*, par la largeur de ses pustules, par leur position plus superficielle, et aussi par l'existence de pustules semblables sur d'autres parties du corps.

Les *symptômes syphilitiques* se distinguent en ce qu'il est fort rare qu'ils soient bornés à la vulve, en ce que les ulcérations sont plus profondes et les tubercules plus étendus, enfin en ce qu'ils donnent souvent lieu à d'autres signes dans d'autres parties du corps. Malgré ces différences, M. Huguier reconnaît qu'il est des cas où la difficulté est extrême.

Le *traitement* est fort simple. On commence par rechercher si la maladie est produite par une irritation quelconque, qu'on fait promptement cesser.

Puis on recommande les soins de propreté : on fait laver fréquemment les parties avec des *décoctions adoucissantes* tièdes ou presque froides; ou bien avec des *décoctions légèrement narcotiques*, comme les *décoctions de têtes de pavot, de laitue*, etc. On prescrit des *bains de siège* simples ou émollients. On fait oindre les parties avec du *beurre de cacao*, de l'*huile d'amandes douces*, etc.

Ces moyens, joints à un régime doux et au repos, triomphent ordinairement de la maladie. Quelquefois il faut y ajouter quelques *lotions astringentes* (*décoctions de ratanhia, de roses de Provins*, etc.).

Enfin, quand la maladie est plus opiniâtre, on *cautérise* légèrement les parties, soit avec une solution légère de *nitrate d'argent*, soit avec une solution étendue de *nitrate acide de mercure*, soit en promenant légèrement le *crayon de nitrate d'argent* sur les excoriations.

#### ARTICLE IV.

##### VULVITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.

Nous n'avons pas de renseignements très précis sur cette affection, qui n'a guère été étudiée que subsidiairement dans des articles consacrés à la diphthérie. M. Bretonneau l'a mentionnée et en a cité des exemples. Elle ne se montre guère que dans des cas où la diphthérie a envahi d'autres points du corps, et en particulier la bouche. On peut donc la considérer comme une affection secondaire.

C'est presque toujours dans des épidémies de *stomatite pseudo-membraneuse* qu'on observe la diphthérie vulvaire. Elle affecte les *enfants*, et, lorsqu'elle se montre, on trouve souvent des pseudo-membranes dans plusieurs autres parties du corps, comme les oreilles, le nez, les surfaces des vésicatoires.

Il est rare qu'elle s'étende au delà de la vulve; cependant elle peut occuper l'urèthre et le vagin. « Je n'ai pas connaissance, dit M. Velpeau, qu'elle ait jamais pénétré jusque dans le col de l'utérus, ni que de la vulve elle ait gagné le rectum. »

Les symptômes sont la *douleur*, une *tuméfaction* qui n'est pas ordinairement considérable, l'apparition d'une pseudo-membrane semblable à celle qui envahit la bouche (1), et l'écoulement d'une matière sanieuse. « Arrivée à l'urèthre, dit

(1) Voyez article *Stomatite pseudo-membraneuse*, t. III, p. 474.

et M. Velpeau, *elle pourrait amener une ischurie véritable, et doit au moins des cuissons, des douleurs vives au moment de l'émission de l'urine.* »

*symptômes généraux* sont les mêmes que ceux de la stomatite pseudo-membraneuse, sous la dépendance de laquelle ils se développent ordinairement.

pourrait confondre la vulvite pseudo-membraneuse avec la *vulvite gangré-*

La manière dont se forme la pseudo-membrane, qui d'abord présente des un blanc grisâtre s'étendant rapidement, la disproportion qui existe entre la apparente du mal et la tuméfaction des parties, et plus encore la chute de

aux pseudo-membraneux, promptement remplacés par de nouvelles couches,

à fixer le *diagnostic*. Sous les autres rapports, cette affection ne nous offre

ni diffère de ce que nous avons déjà fait connaître à propos de la diphthérie

e.

*traitement*. — Les moyens mis en usage sont ceux qui ont été indiqués dans

et consacré à la stomatite pseudo-membraneuse. On peut en juger par le pas-

avant de l'article de M. Velpeau (1), qui résume ce qui a été fait en pa-

is :

« plus, dit-il, que pour la diphthérie en général, les émissions sanguines,

ne affaiblissant, les topiques émollients ne conviennent ici. C'est en tou-

es surfaces couenneuses avec de l'*alun en poudre*, avec une *forte solution*

*même substance*, avec le *nitrate d'argent* en solution, ou même en nature,

*acide hydrochlorique* plus ou moins étendu de miel, ou encore avec les

*res de sodium* ou de *calcium*, qu'on débarrasse promptement les malades.

e, une fois l'inflammation folliculaire arrêtée par l'effet de ces puissants

, on leur substitue avec avantage des *lotions émollientes* ou *détersives* et

*ns de siège.* »

« et nous traiterons des maladies du vagin, nous nous occuperons d'une autre

l'inflammation pseudo-membraneuse qui n'a encore été décrite que par

Scanzoni, et nous indiquerons la thèse intéressante de M. Chavanne. ]

## ARTICLE V.

### VULVITE GANGRÉNEUSE.

« La gangrène de la vulve est à peu près dans le même cas que l'affection précé-

« est-à-dire qu'elle n'a pas été étudiée d'une manière spéciale. MM. Barthez

et (2) se contentent d'en dire quelques mots dans leur article sur la *gan-*

*de la peau disséminée* ou *diffuse*. Le docteur Richter (3) en a également

« un mémoire consacré aux diverses espèces de gangrène qui se montrent

« enfants. Mais il n'a présenté que quelques considérations se rapportant

« ement à la gangrène de la vulve.

« s. — La gangrène de la vulve peut-elle se développer spontanément chez

« non détérioré par des maladies antérieures ou actuellement existantes ?

« la première question qu'il importe de poser. Nous n'avons malheureusement

*ctionnaire de médecine*, t. XXX, p. 990.

*traité des maladies des enfants*, 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1853, t. II, p. 442.

*sur la gangrène des enfants, etc.*, dans le journal *l'Expérience*, t. II, 1838.



ment pas de documents positifs propres à la résoudre : suivant M. Richter, il ne serait pas douteux ; mais cet auteur se contente d'affirmer ce qu'il aurait démontré par des exemples. MM. Barthéz et Rilliet n'ont jamais vu de faits de ce genre, et nous n'en avons pas trouvé dans les autres auteurs qui se sont occupés des maladies de l'enfance.

Quoi qu'il en soit, c'est, du moins dans l'immense majorité des cas, chez des enfants faibles, détériorés, actuellement malades, que se montre cette gangrène. Les affections dans lesquelles on la voit apparaître sont les *fièvres éruptives* : varicelle, scarlatine, rougeole, surtout aux époques d'épidémie ; la *fièvre typhoïde* ; puis d'autres maladies caractérisées par un mouvement fébrile intense.

La gangrène de la vulve peut se montrer à toutes les époques de l'enfance ; suivant M. Richter, c'est de la deuxième à la troisième année, et de la sixième à la dixième, qu'elle se manifeste principalement. Ces assertions auraient besoin d'être confirmées par de nouveaux faits.

Une *constitution* faible, le *tempérament lymphatique*, une *alimentation* malsaine et insuffisante, une *habitation* froide, humide, mal aérée, ont encore été citées comme causes de la maladie. Rien n'est plus admissible ; mais il est à désirer que des faits nombreux et bien analysés vinssent lever tous les doutes à cet égard.

Enfin, comme *causes occasionnelles*, on a signalé le *défaut de propreté* et le manque de soins de toute espèce.

**Symptômes.** — Il serait impossible de trouver une description des symptômes plus détaillée que celle qu'a présentée M. Richter. Nous emprunterons donc au médecin le passage suivant :

« Lorsqu'à la suite d'autres maladies, l'enfant est tombé dans un affaiblissement général, il se trouve pris, après un temps plus ou moins long, d'*abattement*, de *céphalalgie*, de *nausées*, d'*anorexie*, et, dans les cas où les enfants sont d'une constitution très délicate, même d'un léger *mouvement fébrile*. Ces accidents sont bientôt suivis d'une *douleur brûlante* aux parties génitales et de l'apparition sur la face interne des grandes lèvres et aux nymphes, d'une *tache* circonscrite et d'une couleur rouge pâle, ainsi que de la formation d'un *engorgement* très dur qui envahit toutes les parties voisines, jusqu'au mont de Vénus. L'*écoulement des urines* devient douloureux, et la douleur continuelle qui en résulte excite les malades à se gratter, et quelquefois celles d'entre elles qui sont plus âgées à livrer à la masturbation.

» Après deux ou trois jours, les parois internes des grandes lèvres et les environs prennent une *teinte grise, cendrée* ; ces taches sont circonscrites, limitées par un *cercle rouge* ; toutes les parties voisines se tuméfient, deviennent d'un rouge pâle, et leur température s'élève de plus en plus.

» Dans les cas où l'on ne parvient pas à enrayer la marche de la maladie, la *couleur grise des taches* se change en noir, et la gangrène s'étend d'un côté au périnée et à l'anus, et de l'autre jusqu'à la commissure supérieure de la vulve. L'excrétion de l'urine devient de plus en plus difficile, ou se supprime entièrement.

» Le *pouls* est petit et fréquent ; les traits de la *face* se rétrécissent, la *diarrhée colliquative* se manifeste, et les enfants succombent subitement après que

d'épuisement a atteint son plus haut degré, et souvent sans qu'aucun trouble sur-  
venne dans les fonctions intellectuelles.

• Il s'établit quelquefois une sécrétion d'une sanie putride et fétide qui couvre  
les parties voisines ; dans d'autres cas, l'eschare se durcit et est arrachée par lam-  
beaux par les malades.

• Mais quand on réussit à arrêter la destruction, comme j'ai eu l'occasion de  
l'observer, il se forme sur le cercle rouge une ligne de démarcation, l'inflamma-  
tion augmente tout autour d'elle, l'eschare se rétrécit, et sa séparation s'opère à  
l'aide de la sécrétion d'un pus qui devient de plus en plus louable.

• Cette élimination terminée, la vulve qui, tout à l'heure encore, était gonflée  
et tendue, présente une excavation en forme d'entonnoir, correspondante à la  
perte de substance qui a lieu par la destruction de la paroi interne des grandes  
lèvres, des nymphes, et même de l'orifice du vagin.

• Au fur et à mesure cependant que les portions sphacelées se détachent, la tu-  
mescence s'affaisse, et l'excavation perd dans la même proportion, en étendue et  
en profondeur. C'est alors qu'on observe avec étonnement la rapidité avec laquelle  
les tissus détruits sont complètement remplacés, en partie par la granulation, et en  
partie par la contraction des tissus environnants.

• La cicatrisation marche rapidement et sans qu'il y ait difformité considérable.  
Je n'ai jamais vu l'adhérence des parois du vagin entre elles être la suite de cette  
affection, bien que l'hymen fût détruit ; cet accident ne doit pourtant pas être im-  
possible. Underwood dit avoir vu chez des filles plus âgées une blennorrhagie  
copieuse qui persista longtemps. »

Il est probable, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau, que maintes fois la  
vulvite pseudo-membraneuse, précédemment décrite, a été prise pour une véritable  
gangrène ; mais un pareil reproche ne peut être adressé au docteur Richter, car la  
description qu'on vient de lire ne saurait se rapporter qu'à une gangrène bien  
caractérisée.

[M. Lebert (1) recueillant les quelques faits épars dans la science, trace ainsi  
qu'il suit le tableau des lésions anatomiques, tableau qui ne peut laisser aucun  
doute sur la nature réellement gangréneuse de l'affection, au moins dans les cas  
qu'il analyse. « J'ai vu, dit-il, cette affection s'étendre de proche en proche et at-  
teindre peu à peu toute l'épaisseur des grandes lèvres, offrant des caractères mixtes  
de gangrène sèche et de sphacèle ; je l'ai vue marcher vers la terminaison fatale,  
sans être arrêtée même par la cautérisation au fer rouge ; d'autres fois l'eschare  
peut se détacher, et la guérison survient, mais avec de grandes difformités... Dans un  
cas cité par MM. Rilliet et Barthéz, il s'agit d'une jeune fille de trois ans et demie.  
Les parties génitales externes avaient été en entier détruites par la gangrène, qui  
s'étendait en haut jusqu'à un pouce du pubis, en dehors jusqu'aux vaisseaux  
fémoraux, en bas jusqu'au tiers supérieur de la cuisse droite et au quart de la  
cuisse gauche, en arrière jusqu'à la lèvre postérieure de l'anus. Toutes les parties  
engrenées étaient noires ou brunes, sèches ; la mortification avait disséqué les  
muscles de la cuisse interne, en partie mis à nu, mais non gangrenés ; la dissec-  
tion des muscles s'étendait jusqu'à la branche du pubis encore cartilagineuse.

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, in-folio. Paris, 1860, t. II, p. 419.

Tout l'extérieur de la vulve était détruit, mais le vagin épargné. L'anus, dans son pourtour, était gangrené et les deux excavations ischio-rectales contenaient des débris putrilagineux. Les vaisseaux fémoraux, saphènes et honteux externes étaient sains. Dans les observations rapportées par le docteur Isnard, l'anatomie pathologique est analogue à celle de l'observation précédente, seulement la gangrène était plus profonde et humide. Les parties environnantes étaient gorgées de liquides, la mortification avait gagné les muscles et s'étendait dans l'intérieur du vagin et de l'urèthre. »]

Le diagnostic peut être résumé de la manière suivante :

#### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

##### *Signes distinctifs de la vulvite gangréneuse et de la vulvite pseudo-membraneuse.*

###### VULVITE GANGRÉNEUSE.

Taches grises s'étendant rapidement aux tissus environnants ; prenant, au bout de quelques jours, une teinte noire.

Tuméfaction considérable ; dureté des tissus envahis.

Les tissus sphacelés, lorsqu'ils se détachent, ne sont pas remplacés par d'autres couches altérées.

La tache gangréneuse se dessèche parfois.

Après la chute des eschares, perte considérable de substance.

Cicatrices difformes.

###### VULVITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.

Flots pseudo-membraneux ; blanchâtres, grisâtres, ne prenant pas la teinte noire.

Tuméfaction peu considérable ; tissus envahis, mous ou peu résistants.

Souvent, chute de lambeaux pseudo-membraneux, remplacés par d'autres couches.

Les taches ne se dessèchent pas.

Après la chute des pseudo-membranes, pas de perte de substance appréciable.

Pas de cicatrices.

**Pronostic.** — La gravité du pronostic, qui est fort grande, tient moins à la lésion elle-même qu'à la cause qui l'a produite et à l'état général dans lequel se trouve la malade.

**Traitement.** — La plupart des moyens indiqués à l'article *Stomatite gangréneuse* sont applicables à la gangrène de la vulve. C'est ainsi que l'on a recommandé le *chlorure de chaux* en poudre ; la cautérisation avec le *nitrate d'argent*, au début de la maladie ; l'emploi de caustiques plus puissants, comme la *potasse*, le *chlorure d'antimoine* : « Mais, dit M. Velpeau, le *fer rouge* est infiniment préférable. C'est le cas où jamais, ajoute-t-il, de ne point tergiverser, de mettre toute autre considération de côté ; c'est une question de vie ou de mort pour l'enfant.

» Ainsi donc, avec un cautère rougi à blanc, porté tout autour de la plaque gangrenée, entre le mort et le vif, on brûle tout ce qui se rencontre, de manière à cerner profondément la gangrène. Avec un pareil remède, plus effrayant que douloureux ou dangereux au fond, le mal s'arrête presque constamment et dès le jour même. On n'a plus dès lors à traiter qu'une véritable brûlure, qui, après l'élimination des eschares, se déterge, se modifie, et se cicatrise sous l'influence des topiques appropriés et connus.

» Les linges et la charpie imbibés d'acide nitrique étendu, pas plus que les autres acides, soit minéraux, soit végétaux, ne doivent être essayés ici, excepté

ans les cas tout à fait légers. Il y a trop de danger à temporiser pour ne pas en venir sur-le-champ au seul remède efficace, au fer rouge.

Quant à l'espèce de suppuration de la surface de la vulve, qui précède quelquefois la gangrène, et qui, après tout, en est peut-être toujours indépendante, on se triomphe facilement et très vite chez les petites filles, à l'aide d'un des topiques suivants :

℞ Calomel à la vapeur . . . . . 4 gram. | Eau de guimauve . . . . . 120 gram.

Mélez. Pour lotions.

• Ou bien :

℞ Calomel . . . . . 2 à 4 gram. | Axonge récente . . . . . 30 gram.

Mélez. Pour onctions. »

Ce traitement ne peut avoir une efficacité que dans les cas où l'état général s'est amendé soit spontanément, soit sous l'influence des moyens thérapeutiques mis en usage. Lorsque, par exemple, la maladie se montre dans le cours d'une fièvre éruptive, d'une fièvre typhoïde, etc., on doit, sans aucun doute, s'occuper activement du mal local qui peut ajouter à la gravité de la maladie générale; mais tant que celle-ci reste en vigueur, on doit redouter les progrès d'une affection dont la cause est toujours persistante.

## ARTICLE VI.

### NÉVRALGIE DE LA VULVE.

Plusieurs auteurs ont signalé une douleur très vive de la vulve existant sans qu'aucune lésion apparente en rende compte, et, dans ces dernières années, on a attribué cet état douloureux à une névralgie. L'absence de toute lésion, la vivacité des douleurs, leurs paroxysmes, ne permettent pas, en effet, de douter que l'affection ne soit de nature névralgique; mais ce qu'il serait important de savoir, c'est si la vulve seule est affectée, ou si la douleur a sa source plus haut, c'est-à-dire dans les nerfs lombaires, ce qui rejeterait la description de cette maladie dans celle de la *névralgie lombo-abdominale*. Dans le *Traité des névralgies* nous avons cité un fait (obs. 44, p. 459) dans lequel il ne pouvait y avoir aucun doute à ce sujet. Il est fâcheux que les auteurs n'aient pas fixé leur attention sur ce point et ne nous aient pas fourni des documents précis pour résoudre la question.

Ce n'est pas qu'il répugne le moins du monde d'admettre qu'une douleur névralgique puisse être bornée à la vulve; on a vu des névralgies occuper une très petite partie d'une branche nerveuse, être bornées au nerf plantaire par exemple, et l'on conçoit dès lors que les parties génitales externes puissent être exclusivement affectées; mais, dans l'ouvrage que nous venons de citer, nous avons établi, d'après les faits, que les cas de névralgie ainsi bornée à une très petite étendue d'un nerf sont beaucoup plus rares qu'on ne le pense généralement, ce qui tient, sans aucun doute, à ce que l'on n'a pas fait remonter l'exploration jusqu'aux troncs nerveux, en sorte qu'il se pourrait bien que, dans beaucoup de cas, on eût pris pour une névralgie

limitée à la vulve une affection de la même nature occupant plusieurs points nerf ilio-scrotal, et même d'autres branches des nerfs lombaires. Voici néanmoins la description de cette douleur telle qu'elle a été donnée par les principaux auteurs.

**Causes.** — Outre les causes dont l'influence se fait sentir sur la production des névralgies en général, on a remarqué que celle dont il s'agit ici se montre principalement chez les jeunes filles au moment où elles deviennent nubiles, chez les jeunes femmes avant le premier accouchement, et chez les femmes qui viennent d'atteindre l'âge critique. On a signalé comme pouvant la faire naître diverses altérations de l'utérus et de ses annexes, et enfin on a été forcé de convenir que dans beaucoup de cas, la maladie s'est produite sans cause appréciable.

**Symptômes.** — L'affection consiste presque exclusivement dans la douleur. Cette douleur est *spontanée* ou *provoquée*. La première est la moins notable, ou moins elle a trop peu fixé l'attention des auteurs pour qu'ils en aient fait une mention spéciale; elle consiste en douleurs *lancinantes*, en une cuisson, un *sentir de brûlure* paraissant à des intervalles variables, et s'irradiant de la vulve dans des directions qui n'ont pas été déterminées, ce qui est fâcheux par les raisons indiquées plus haut, puisque ce renseignement aurait servi à préciser le siège, ou plutôt la source de la maladie.

Il n'en est pas de même de la *douleur provoquée*; elle est ordinairement extrêmement vive, et c'est elle qui occasionne particulièrement les plaintes des malades. Le *toucher* l'excite au plus haut point. L'introduction de la canule d'une seringue produit le même effet, et bien plus encore le *coït*, qui, à un certain degré de la maladie, est impossible. Comme dans un certain nombre de cas de névralgie il sera question dans un autre article, la douleur est souvent si superficielle, qu'il suffit de promener le doigt sur le point affecté, ou même sur les poils qui couvrent la face externe des grandes lèvres pour causer de vives souffrances. C'est exactement ce qui avait lieu dans les cas mentionnés plus haut, et où la névralgie avait sa source dans les nerfs lombaires. Il est bien fâcheux que les auteurs ne nous aient pas appris si, dans les cas qu'ils ont observés, la douleur occupait les deux côtés ou un seul. Ce renseignement eût encore été utile; car on sait que les névralgies ordinaires occupent plus souvent un seul côté que les deux à la fois.

Souvent, la partie affectée ne présente aucune lésion apparente; mais, suivant M. Velpeau, il est loin d'être rare de la voir coïncider avec une rougeur légère, une teinte rose évidemment pathologique, et s'accompagner d'une légère exsudation blanchâtre du vagin. Quel est le rapport de cause à effet qui existe entre cette légère irritation de la vulve et la douleur si vive dont nous venons de parler? C'est ce qui est difficile de dire dans l'état actuel de la science. Cependant, si nous nous rappelons ce qui a lieu dans les autres névralgies, il nous est permis de croire qu'il n'est pas l'irritation qui donne naissance à la douleur nerveuse; mais que celle-ci, au contraire, est la cause première de la rougeur et du léger suintement dont il vient d'être question. Que l'on examine, par exemple, ce qui se passe dans certains cas de *névralgie trifaciale*, on verra que d'abord la douleur se produit sans aucune altération des fosses nasales, de la bouche ou des yeux; puis, la névralgie augmentant d'intensité, l'œil devient rouge et larmoyant, il y a ardeur de la face nasale du côté malade, écoulement de mucosités, chaleur de la bouche, l

plème, et même tuméfaction de la joue; et, ce qui prouve bien que tout cela sous la dépendance de la douleur nerveuse, c'est que, l'accès passé, toutes ces irritations locales se dissipent immédiatement après la disparition de la douleur. On conçoit donc facilement que pareille chose puisse se passer du côté de la vulve. L. de Scanzoni (1) partage cette manière de voir.

**Traitement.** — C'est encore à M. Velpeau qu'il convient d'emprunter l'exposé de traitement, qu'il nous a donné en ces termes :

« La névrose ou névralgie de la vulve cède souvent, dit-il, aux mêmes moyens que le prurit et l'eczéma. Quand elle résiste et que les *antispasmodiques*, ou même *opiacés* donnés à l'intérieur ont échoué, j'ai retiré de véritables avantages de l'introduction dans le vagin de mèches enduites de corps gras. Ces mèches, qu'on rend de plus en plus volumineuses, qu'on enduit d'abord de *cérat opiacé*, ensuite de *baume saturné*, puis de *pommade au précipité*, introduites à l'aide du porte-tige ordinaire, doivent être renouvelées deux fois le jour. On leur associe, en outre, des *injections* et des *lotions* d'abord *émollientes* et *narcotiques*, ensuite *astringentes*, et enfin avec le *calomel suspendu dans l'eau*, ou une solution très légère de *salin*. Après s'être récriées d'abord avec vivacité contre ce traitement, les malades s'y accoutument bientôt, si le chirurgien ne se laisse pas arrêter par leur peur préconçue. La sensibilité de toutes les parties ne tarde pas alors à se modifier, à s'éteindre même, à rendre possibles les approches conjugales. On modifie encore cette sensibilité excessive en touchant les parties qui en sont le siège avec le *crayon d'azotate d'argent*, ou bien en les lotionnant avec une *solution un peu forte de la même substance*; mais ce moyen, pouvant amener une inflammation vive, ne doit être employé qu'à la fin. »

Le principal moyen conseillé par M. Velpeau ne saurait convenir dans les cas où la membrane hymen est encore intacte. Or, si nous avons égard à ce qui se passe dans les cas de dermalgie ordinaires, nous serons porté à admettre que l'application du *vésicatoire* sur la grande lèvre même pourrait, en pareil cas, avoir de grands avantages; et, quant aux inconvénients de ce moyen appliqué dans un pareil point, ils ne sauraient être une contre-indication réelle lorsque la douleur est vive, ce qui est le cas le plus fréquent. Dans le cas cité plus haut, des *injections* d'eau dans lesquelles on mettait une vingtaine de gouttes de *chloroforme* par litre ont procuré un grand soulagement. Il ne faut pas dépasser cette dose, parce que, employé en trop grande proportion, le chloroforme irrite très fortement les muqueuses.

Comme nous ne parlerons ni de la névralgie ni du prurit du vagin, nous indiquerons ici, d'après Scanzoni (2), les principaux moyens de traitement qu'il a employés dans ces cas et qui conviennent aussi à la névralgie dont il est question ici. Dans les cas où la sensation de chaleur du vagin et de la vulve est très développée, on trouve bien des *émissions sanguines locales*, des *bains de siège* et des *injections d'eau tiède*. Pour combattre l'hyperesthésie, on applique sur les parois vaginales ou sur la vulve, au moyen d'un pinceau, un *liniment de chloroforme* ainsi composé :

℞ Chloroforme . . . . . 2 gram. | Huile d'amandes douces . . . . . 30 gram.

) Op. cit., p. 469.

2) *Maladies des organes sexuels*, p. 470.



« L'alun mérite, dit Scanzoni, d'être nommé en seconde ligne ; on l'introduit sous forme de poudre, mêlé en parties égales avec du sucre pulvérisé, à l'aide d'un tampon de coton qu'on laisse séjourner pendant six à douze heures ; après l'avoir retiré, on lave le vagin avec une injection d'une solution d'alun.

℞ Alun..... 30 gram. | Eau..... 500 gram.

Faites dissoudre.

« Au bout d'environ douze heures, on répète ce procédé, et on le continue régulièrement pendant une semaine. Si au bout de ce temps le mal n'a pas diminué ou du moins beaucoup diminué, on saupoudrera le tampon d'alun pur ; il produira alors une sensation douloureuse de chaleur et de constriction ; cependant l'action est assez sûre. Si elle se faisait encore attendre, on passerait à la cautérisation du vagin au moyen d'un crayon de nitrate d'argent. Un grand nombre de praticiens recommandent l'emploi interne des *narcotiques* ; les essais répétés que nous en avons faits ne sont pas encourageants ; les applications d'une solution de *créosote* ou de *borax* sur les parties malades ont une action peu sûre. Dernièrement, Scholz (de Breslau), a recommandé l'emploi du *caladium seguinum*, l'avoir essayé dans un grand nombre de cas ; ce médicament mérite considération car, quoique dès l'abord il nous inspirât peu de confiance, les expériences que nous en avons faites ont été à plusieurs reprises couronnées d'un plein succès ; nous ne saurions mieux faire que d'engager à d'autres essais. » ]

## ARTICLE VII.

### PRURIT DE LA VULVE.

On ne sait rien de positif sur les causes de ce prurit, qu'on peut appeler *idiopathique*, en supposant que des recherches plus exactes ne viennent pas faire découvrir quelque légère altération des parties qui, jusqu'à présent, a échappé à l'investigation.

Toute l'affection consiste dans un seul symptôme, le prurit, dont l'intensité varie d'un moment à l'autre, et qui, parfois très léger, devient tout à coup si intense que les femmes qui en sont atteintes ont toutes les peines du monde à s'empêcher de se gratter, de se frotter, et que même elles ne peuvent parfois y résister.

Cette démangeaison excite ordinairement les désirs vénériens, et provoque des attouchements qui ont été fréquemment l'origine d'habitudes vicieuses. M. Cruveilhier cite même la *nymphomanie* comme étant la conséquence de ce symptôme incommodé. Fréquemment la démangeaison empêche le sommeil la nuit, et il en résulte un état marqué d'irritation générale. Si l'on examine la partie malade on n'y aperçoit, comme nous l'avons dit plus haut, aucune altération.

La maladie étant tout à fait locale, c'est par des topiques qu'on cherche à la faire disparaître ; on prescrit, par exemple, des *lotions alumineuses* selon la formule suivante :

℞ Eau d'orge..... 500 gram. | Alun..... 4 gram.

Mélez. Pour lotions, trois ou quatre fois jour.

[Nous avons vu dans l'article précédent que Scanzoni élève beaucoup plus la main d'alun pour une affection fort analogue, la névralgie vulvaire.]

Le *sous-borate de soude* a été encore conseillé ; il s'emploie de la même manière, dans la proportion suivante :

℞ Borate de soude. . . . . de 4 à 8 gram. | Eau commune. . . . . 30 gram.

Mélez.

On peut encore prescrire les lotions avec l'*eau de chaux*, ou bien avec le *chlorure de chaux*, ainsi qu'il suit :

℞ Chlorure de chaux. de 0,20 à 0,30 gram. | Eau commune. . . . . 30 gram.

Dissolvez.

Le *chlorure de soude*, les *sels de potasse*, et en particulier le *sous-carbonate*, s'emploient de la même manière dans des proportions que tout le monde connaît.

Reste une application topique qu'il importe de mentionner, parce qu'on en a beaucoup vanté l'efficacité : c'est la *solution de sublimé corrosif*. Voici comment M. Trousseau (1) conseille d'employer ce médicament : « On prépare, dit-il, une solution de 10 grammes de *bichlorure de mercure* dans 100 grammes d'*alcool* ; le malade en met une *cuillerée à café* dans un litre d'*eau très chaude*, que l'on emploie pour les *injections* et les *lotions*. Nous insistons souvent sur la nécessité de prendre de l'*eau chaude*, et ce n'est pas sans motifs : il est en effet remarquable que les lotions de sublimé agissent beaucoup moins efficacement lorsque l'*eau est froide* que lorsque la température de la solution est très élevée, et même il n'est pas rare de voir la médication tout à fait impuissante tant que l'on se sert de l'*eau froide*. »

M. le docteur Tournié (2) cite neuf malades guéries par le *calomel*, auquel il associe le *camphre* comme il suit :

Faire des frictions deux fois par jour sur les parties malades avec la pommade suivante :

℞ Calomel. . . . . 2 à 8 gram. | Axonge. . . . . 30 gram.

Mélez. Après l'onction, saupoudrer avec la poudre suivante :

Camphre pulvérisé. . . . . 1 partie. | Amidon. . . . . 4 parties.

Dans les trois quarts des cas, le prurit était accompagné d'une éruption (3 lichens, 1 prurigo, 1 eczéma).

Enfin on a recommandé les *bains froids* et les *bains de mer*, et suivant M. Velpeau, si le mal résistait aux topiques qui viennent d'être indiqués, il y aurait lieu de toucher superficiellement toutes les surfaces malades avec le *crayon de nitrate d'argent* ; mais, ajoute-t-il, sans être très violent, ce moyen doit être cependant réservé pour les seuls cas fatigants et rebelles qui tourmentent longtemps les femmes.

1 *Traité de thérapeutique*, t. I, p. 25<sup>2</sup>

2 *Bulletin général de thérapeutique* 1<sup>er</sup> 1let 1851.



Le docteur Winternitz (1) a employé avec beaucoup de succès, dans deux cas les fomentations avec une solution de 15 centigrammes de *nitrate d'argent* dans 30 grammes d'eau, répétées cinq fois par jour; mais dans un de ces deux cas, prurit accompagnait un psoriasis diffus.

M. Cazenave (2) emploie la pommade suivante :

Axonge..... 30 gram. | Éther chlorhydrique chloré.... 2 gram.  
Méléz. Pour onctions.

Nous n'insisterons pas davantage sur les affections de la vulve, qui, ainsi qu'il vient de le voir, ont été très superficiellement étudiées au point de vue de la pathologie interne, et dont cependant il fallait parler avec quelques détails, parce qu'elles se présentent fréquemment aux praticiens qui pourraient se trouver embarrassés en leur présence. Le thrombus de la vulve et celui du vagin seront décrits plus loin.

Quant à l'*esthiomène de la vulve* et à l'*acné vulvaire* sur lesquels M. Huguier (3) a publié un travail important, c'est parmi les maladies de la peau et aux articles *Lupus* et *Acné* qu'il faut en chercher la description. Nous allons maintenant dire quelques mots de certaines affections du vagin.

## CHAPITRE II.

### MALADIES DU VAGIN.

Si l'on excepte la *blennorrhagie* et les *ulcères primitifs* ou *chancres* du vagin, il ne reste que bien peu d'affections qui soient du domaine de la pathologie interne. Aussi n'aurons-nous à dire quelques mots ici que de la *vaginite simple*, de la *vaginite granuleuse*, de la *vaginite diphthéritique*, et des *tumeurs sanguines*.

L'apparition de granulations plus ou moins nombreuses et plus ou moins volumineuses sur la muqueuse vaginale doit-elle nous faire regarder l'inflammation du vagin qui se montre avec ces caractères, comme une affection tout à fait à part, ou ne faut-il la considérer que comme une forme anatomique de la vaginite chronique? C'est cette dernière manière de voir qui nous paraît devoir être adoptée, et nous croyons pas que M. Deville (4), qui a traité ce sujet avec les plus grands détails dans un mémoire d'un intérêt réel, soit d'une autre opinion. Il n'y a, en effet, dans cette affection, que deux circonstances remarquables : c'est d'abord sa forme granuleuse, et en second lieu son existence bien plus fréquemment constatée chez les femmes enceintes que chez les autres. Si d'autres particularités ne sont pas signalées par les recherches ultérieures, on ne saurait, ce semble, faire de cette inflammation une maladie spéciale.

(1) *Annales de Roulers, et Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1<sup>er</sup> février 1851.

(2) *Annales des maladies de la peau*, novembre 1850.

(3) *Mémoire sur l'esthiomène, dartre rongearde de la région vulvo-anale* (*Mém. de l'Académie de méd.*, t. XIV, 1849), et *Mémoire sur les maladies des organes génitaux externes chez la femme* (*Ibid.*, t. XV).

(4) *De la vaginite granuleuse* (*Arch. gén. de méd.*, juillet et août 1844).

ARTICLE I<sup>er</sup>.

## HÉMORRHAGIE DU VAGIN.

uits, dont les principaux sont rapportés par M. Gendrin (1), par Dugès Boivin (2), prouvent qu'une quantité assez notable de sang peut suinter du vagin ; mais ces hémorrhagies ne sont pas assez abondantes pour rendre les jours de la malade. Cette abondance peut considérablement rendre la maladie sérieuse. Il faut être prévenu de la possibilité du

s rapporté par Dugès et M<sup>me</sup> Boivin, et emprunté à M<sup>me</sup> Lachapelle, de sang était accompagné d'une douleur assez vive, mais ce n'est plus ordinaire.

il confondre cette hémorrhagie avec une *hématurie*, parce que le sang mêlé aux urines ; mais si l'on introduit une sonde dans la vessie, on voit des urines claires, ce qui dissipe l'erreur. On reconnaît la source du sang en examinant le spéculum et en examinant le vagin immédiatement après l'avoir faite d'une injection. C'est à sa partie supérieure que se fait ordinairement l'écoulement. Dans les cas cités par M. Gendrin, l'hémorrhagie vaginale se faisait avec un écoulement de sang par l'utérus, et l'on voyait ce liquide sourdre de la surface du museau de tanche et de la partie supérieure du vagin.

Si l'écoulement de sang était assez abondant ou d'assez longue durée pour causer des douleurs, il faudrait diriger contre elle les moyens indiqués à propos des hémorrhagies, et principalement de l'*épistaxis* (3) ; car le traitement de l'hémorrhagie vaginale ne présente rien de particulier. On mettrait surtout en usage des injections froides et astringentes, et l'on aurait recours, s'il le fallait, à l'application du cautère, dont l'application, en pareil cas, serait nécessairement des plus efficaces. Ces considérations suffisent pour une maladie si rare et si peu de particularités.

## ARTICLE II.

## VAGINITE SIMPLE AIGUE.

Tout ce que nous avons dit à l'article *Blennorrhagie chez la femme*, il faut le répéter ici, car nous n'avons pas à entrer dans de grands détails sur la vaginite en effet, il est démontré pour tous les observateurs que rien dans les symptômes, dans la marche de la maladie, ne peut faire distinguer la vaginite vénérienne d'une vaginite simple, il ne reste plus qu'à dire quelques causes qui peuvent produire cette dernière, causes dont la connaissance servira de base au jugement du médecin.

Il y a deux sortes de causes : les irritations violentes ou de longue durée qui portent leur effet sur le vagin. Or, comme il est rare que des causes de cette nature agissent

1. *Éléments de médecine pratique*. Paris, 1839, t. II, p. 10.

2. *Des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1835, t. II, p. 627.

3. *Idem*, t. II, p. 247.

avec un suffisant degré d'intensité sur les parois du vagin, il en résulte qu'une vaginite simple aiguë, la vaginite non vénérienne, est une affection très rare, beaucoup plus rare que la vulvite de même nature, par la raison que la vulve est presque uniquement exposée aux violences, et que dans les cas même où l'action se porte sur le vagin, celui-ci, plus extensible, leur échappe plus facilement. De toutes les irritations produites sur le vagin, il n'en est pas qui donnent plus fréquemment lieu à une vaginite de quelque intensité que l'introduction des *pessaires*, et sur le long séjour de ces corps étrangers dans le conduit.

Les *symptômes* sont les mêmes que ceux de la blennorrhagie; seulement on admet généralement que, toutes choses égales d'ailleurs, ils sont moins violents et que la maladie a une *durée* moins longue.

L'affection cède plus facilement aux moyens simples, comme les *émollients*, les *bains*, et un *régime doux*; cependant c'est encore là un sujet de recherches qui ne doit pas être négligé. Les moyens mis en usage, lorsque l'affection a une certaine intensité, sont les mêmes que ceux que l'on oppose à la blennorrhagie.

### ARTICLE III.

#### VAGINITE CHRONIQUE. — VAGINITE GRANULEUSE.

Nous n'avons rien à dire de particulier de la *vaginite chronique simple*, la *vaginite granuleuse* seule présente quelques particularités intéressantes.

*Vaginite granuleuse.* — Déjà M. Ricord avait signalé sous le nom de *psorotricie* (1), l'existence de granulations sur les parois du vagin dans le cours d'une blennorrhagie. MM. Blatin et Nivet en ont également fait mention; mais ce n'est que là que des indications assez vagues. M. Deville a au contraire tracé d'une manière complète la description de cette forme de vaginite chronique, dont voici les principaux traits, d'après cet auteur.

#### § I. — Définition, synonymie.

« Nous donnons, dit M. Deville, le nom de *vaginite granuleuse* à une maladie du vagin de forme essentiellement chronique chez les femmes enceintes, mais pouvant exister chez d'autres femmes; caractérisée par le développement sur les parois de granulations rouges, en général assez volumineuses, indolentes, tantôt épaissies et isolées, tantôt, et presque toujours, confluentes, occupant soit une partie limitée, soit la totalité du vagin, depuis les caroncules myrtiformes jusqu'au col utérin, qu'elles envahissent même parfois, accompagnées d'un écoulement vaginal purulent, abondant, plus ou moins verdâtre. Ces granulations paraissent identiques à celles qui existent assez souvent d'une manière isolée sur le col utérin, et nommées par Dugès et M<sup>me</sup> Boivin *métrite granuleuse*; seulement, sur le vagin, elles acquièrent d'habitude plus de volume. »

#### § II. — Causes.

Elles sont très obscures; tout ce que M. Deville a trouvé de plus précis,

(1) Voy. l'article *Blennorrhagie chez la femme*.

, parmi les malades qu'il a observées, les *femmes enceintes* étaient dans la proportion des deux tiers environ, et que, dans la plupart des cas du moins, l'affection n'avait rien de syphilitique.

### § III. — Symptômes.

La vaginite granuleuse est *indolente*; parfois seulement on observe quelques gonflements ou quelques cuissons; mais la facilité avec laquelle se dissipent ces symptômes sous l'influence du repos et des lotions simples prouve que si la marche, l'hygiène, le défaut de soins de propreté suffisent pour les produire, on ne peut pas moins les regarder comme appartenant en propre à la maladie.

L'*écoulement* ne manque jamais; la matière sécrétée est ordinairement abondante, mais son abondance varie notablement, suivant les cas. Elle n'est pas visqueuse; elle est assez épaisse, se rapprochant de la consistance crémeuse, et d'une couleur jaune et verdâtre. Dans les cas où cette vaginite apparaît chez des femmes atteintes déjà de fleurs blanches, cet aspect de l'écoulement en indique le début.

À l'aide du *spéculum*, on examine le vagin, on voit à la surface : « de petites granulations rougeâtres ou d'un rouge vif, d'un diamètre qui varie entre un 1/2 millimètre et 2 millimètres. Leur forme est le plus souvent celle d'une demi-sphère saillante par la base; mais quelquefois elles acquièrent un développement bien plus grand, elles s'allongent et prennent la forme de petits cylindres... La vaginite atteint alors le degré le plus élevé qu'elle puisse atteindre (Deville). »

Les granulations sont ordinairement très nombreuses dans tout le vagin; elles peuvent même envahir le col de l'utérus. Jamais M. Deville ne les a vues s'ulcérer. On peut les sentir à l'aide du *toucher*. « Le doigt introduit dans le vagin glisse sur deux parois dures, rugueuses, chagrinées... sensation qu'on n'éprouve que dans les cas de vaginite granuleuse (Deville). »

### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La maladie a une *marche* tellement chronique, que, s'il ne s'opérait pas dans un grand nombre de femmes affectées de fleurs blanches les changements indiqués ci-dessus, elles ne s'apercevraient pas de son apparition.

La *durée* de la maladie est, dans quelques cas, limitée par l'accouchement lui-même; dans d'autres, l'accouchement ne fait pas disparaître la vaginite qui s'est développée sous l'influence de la grossesse, et dès lors la durée est illimitée.

Dans les cas où l'accouchement vient mettre un terme à la maladie, on ne la voit pas disparaître spontanément; mais, sous l'influence d'un traitement convenable, la *terminaison* est promptement heureuse.

### § V. — Diagnostic, pronostic.

Pourrait-on, d'après les caractères seuls de l'écoulement, dire s'il s'agit d'une vaginite granuleuse, ou bien d'un catarrhe utérin, d'une vaginite simple; en un mot, s'agit-il de l'un des autres états décrits sous le nom générique d'*écoulements*, de *fleurs blanches*, de *leucorrhée*? Nous ne le pensons pas. M. Deville, il est vrai, a signalé diverses nuances de ces écoulements, mais c'est en examinant les femmes à l'aide

du spéculum qu'il les a constatées, et, en pareil cas, l'existence des granulations suffit pour déterminer le diagnostic, qui n'aurait de valeur réelle que tout à fait si qu'il pourrait être porté sans cet examen direct, et c'est dans les circonstances de ce genre qu'il ne nous paraît pas possible.

*Pronostic.* — Le pronostic n'est pas grave, en ce sens que la maladie ne peut pas altérer sensiblement la santé générale, et qu'elle cède facilement au traitement. Mais si l'écoulement est abondant, s'il persévère, il peut en résulter certains symptômes gastriques que nous ferons connaître à l'article *Leucorrhée*; symptômes qui peuvent devenir très sérieux, parce que la maladie n'ayant point tendance à guérir spontanément, est une cause permanente de troubles digestifs.

Pour les auteurs qui pensent que la vaginite la plus simple peut commettre une blennorrhagie, il n'est pas douteux que celle dont il s'agit ici puisse donner lieu au même résultat, et c'est ce que l'on trouve formellement exprimé dans le mémoire de M. Deville, mais le fait n'est nullement démontré. Il serait nécessaire pour qu'on pût se prononcer à cet égard, qu'on citât des observations, et on ne le faudrait-il distinguer. La vaginite granuleuse succède parfois à une véritable blennorrhagie, ou plutôt n'est autre chose que cette blennorrhagie passée à l'état chronique : nul doute qu'en pareil cas la contagion n'ait lieu ; mais en serait-il de même dans ceux où il serait bien prouvé que cette vaginite s'est développée spontanément ? C'est ce dont il est permis de douter.

On ne sait pas quel est le *siège anatomique* précis des granulations qui forment le principal caractère de cette affection. M. Deville a rassemblé plusieurs arguments qui tendent à prouver que ces granulations n'occupent pas les follicules.

[ M. le professeur Lebert (1) fait remarquer que déjà MM. Giralès et Kœberl avaient établi qu'il n'y a pas de glandules dans le vagin ; et il se range à l'opinion de MM. Deville, Mandl et Kiwisch, qui considèrent les granulations comme une hypertrophie papilliforme d'une multitude de points du vagin. M. Becquerel ne croit pas à l'existence de ces glandules (2). ]

## § VI. — Traitement.

Les moyens à opposer à cette affection ne diffèrent pas de ceux que l'on emploie dans la *blennorrhée* chez la femme. Les injections avec une *solution de nitrate d'argent* ont parfaitement réussi dans tous les cas rapportés par M. Deville. Nous allons voir, d'après lui, comment on doit les pratiquer :

℞ Nitrate d'argent cristallisé. 0,05 gram. | Eau distillée..... 30 grammes.

« Pour pratiquer une injection, les malades se tiennent tout simplement debout ou accroupies, et commencent par faire dans toute la hauteur du vagin une injection d'eau tiède, pour chasser, autant que possible, la matière de l'écoulement ; puis elles injectent successivement deux seringues habituelles à injections vaginales remplies avec la solution froide de nitrate d'argent. La seringue, tout le monde sait, doit être de verre. »

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1860, t. II, p. 416.

(2) *Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1860, t. II, p. 101.

Ces injections sont pratiquées matin et soir. De plus les malades prennent un bain entier tous les quatre jours environ, et fréquemment des *bains de siège*. On leur recommande la plus grande propreté, et on leur prescrit un *régime substantiel*, mais non excitant.

## ARTICLE IV.

## VAGINITE DIPHTHÉRITIQUE.

[Bien que l'inflammation diphthéritique de la vulve ait été sinon décrite, du moins indiquée par les auteurs, celle du vagin ne l'a pas été, et nous en avons vainement cherché une mention dans les principaux auteurs. Si l'on y a fait quelquefois allusion, c'est pour la considérer comme une simple localisation de la diphthérie générale et comme une dépendance du croup. Cela est vrai dans la majorité des cas, mais il en est d'autres où l'affection est essentiellement locale, soit à titre de lésion primitive, soit à titre de complication. Comme nous n'avons trouvé qu'une seule description de cet état, celle qui a été donnée par le professeur W. de Scanzoni, nous croyons devoir la reproduire intégralement.

• L'inflammation diphthéritique et croupeuse de la muqueuse vaginale existant elle seule comme affection primitive est assez rare. Nous l'avons observée à la suite de lésions traumatiques telles qu'elles ont lieu pendant l'exercice violent et trop fréquent du coït; quelquefois aussi nous avons vu la leucorrhée vaginale devenir une véritable inflammation croupeuse. Mais, dans le plus grand nombre des cas, cette affection est secondaire et se développe pendant le cours de certaines maladies des organes avoisinant immédiatement le vagin. C'est ce qui arrive, par exemple, dans les dégénérescences cancéreuses de l'utérus qui produisent un écoulement abondant et corrosif, dans les fistules vésico- et uréthro-vaginales dans lesquelles le contact des urines entretient dans les parois du vagin un état d'irritation permanente, etc. Il en est de même lorsque des polypes de l'utérus volumineux et faisant saillie dans le vagin s'ulcèrent et sécrètent un pus sanieux; en un mot, lorsqu'une affection quelconque des organes génitaux devient la source d'un écoulement abondant et corrosif dont le contact irrite la muqueuse vaginale. Quelquefois encore la diphthérie du vagin est provoquée par la présence de corps étrangers, par exemple, d'un pessaire très dur ou putréfié par un long séjour. Enfin, cette affection est aussi fréquemment un symptôme d'une maladie constitutionnelle; il n'est pas rare de l'observer pendant le cours des métrites, des péritonites, des pyélemies puerpérales, dans les dernières périodes de la fièvre typhoïde, de la dysentérie (1); nous l'avons vue plusieurs fois se déclarer pendant le cours d'exanthèmes aigus, surtout pendant la variole et la rougeole.

• La diphthérie vaginale peut s'étendre à toute la surface de la muqueuse, ou bien, ce qui est plus fréquent, elle reste bornée à certaines parties; c'est surtout le tiers inférieur de l'organe qui est attaqué le plus souvent et le plus violemment.

1) M. le professeur Lebert dit qu'on observe quelquefois la vulvite diphthéritique dans le courant du choléra. — M. le docteur Chavanno a publié (*Thèse*, Paris, 1851) une relation intéressante de *diphthérie gangréneuse des parties génitales*, survenue chez des nouvelles accouchées à l'hospice de la Charité de Lyon, en 1850.



La partie enflammée est d'un rouge vif, quelquefois écarlate, et couverte d'une couche plus ou moins épaisse d'une exsudation membraneuse jaune ou rougeâtre, souvent très adhérente ; lorsqu'on l'éloigne, la partie mise à nu saigne facilement. Là où la muqueuse n'est pas recouverte de fausses membranes, ses papilles apparaissent sous la forme de points plus foncés et nettement circonscrits. La température du vagin est très élevée, sa sensibilité considérablement augmentée ; il est le siège de contractions spasmodiques excessivement douloureuses ; au plus haut période de la maladie la sécrétion de la muqueuse est diminuée ; plus tard, après la chute des membranes, elle devient très abondante, c'est alors une leucorrhée muco-purulente. Dans certains cas, il y a pendant les premiers jours un faible écoulement sanguin ou sanguinolent, cela arrive surtout lorsque la maladie s'est déclarée peu avant les règles. Il n'est du reste pas rare que ces dernières soient modifiées par la vaginite. Nous les avons vues quelquefois être supprimées subitement, tandis que dans d'autres cas elles étaient extraordinairement abondantes et constituaient une véritable métrorrhagie. Fréquemment la diphthérie s'étend du vagin aux organes adjacents, aux parties génitales externes, à l'urèthre, à la vessie, à la matrice, quelquefois même au rectum et au péritoine ; on voit alors apparaître les phénomènes propres à ces inflammations. Les diphthéries partielles du vagin telles qu'on les observe, par exemple, dans les fistules vésico-vaginales, durant le cours du cancer utérin, etc., ne sont ordinairement pas accompagnées de mouvements fébriles bien prononcés, tandis que la fièvre ne manque presque jamais lorsque le mal est primitif, se développe à la suite d'une lésion traumatique, d'une infection blennorrhagique, etc., et attaque les parois vaginales dans une étendue considérable.

• La diphthérie vaginale primitive cède en général, au bout de peu de temps, à un traitement convenable et même à un simple régime diététique ; il en est de même lorsqu'elle accompagne les maladies constitutionnelles que nous avons énumérées ; mais, lorsqu'elle reconnaît pour cause une fistule, ou une maladie utérine qui entretient un contact constant des parois vaginales avec des liquides corrosifs, c'est alors un mal des plus opiniâtres et qui résiste à tous les moyens qu'on lui oppose. Il est vrai que l'on réussit le plus souvent à le modérer pour quelque temps par des soins minutieux de propreté : mais il revient toujours à son ancienne intensité dès qu'on cesse ces soins ou que seulement on les néglige. Dans ces circonstances, il n'est pas rare de voir se former, dans la muqueuse, des ulcérations, suivies de profondes pertes de substance, qui peuvent plus tard, par leur cicatrisation, amener des rétrécissements du canal vaginal. Cependant la terminaison la plus commune est le passage au catarrhe chronique, que l'on observe presque toutes les fois que la vaginite croupeuse n'a pas été traitée convenablement, ou que la malade, après sa guérison, a commis quelque faute de régime. Il est inutile d'ajouter qu'au point de vue du pronostic les complications que nous avons mentionnées (urétrites, cystites, péritonites, etc.) méritent considération.

• Les diverses formes de la diphthérie vaginale primitive que nous avons distinguées plus haut, d'après leurs causes, demandent en général un traitement antiphlogistique. Lors même que, de nos jours, un médecin raisonnable ne peut pas avoir l'idée de combattre cette maladie avec succès, à l'aide de saignées générales, *il est cependant des cas dans lesquels l'intensité des douleurs, la violence de la fièvre*

le danger de la transmission de la maladie aux organes adjacents rendent nécessaire une émission sanguine locale. La manière la plus convenable de la pratiquer à l'aide de six à huit sangsues appliquées sur la surface interne des grandes lèvres; ce n'est que lorsque les circonstances dans lesquelles se trouve la malade ne permettent pas cette application, la meilleure de toutes, que l'on fera les émissions sanguines au périnée ou à la surface interne des cuisses. La grande sensibilité des voies vaginales ne permet pas d'introduire un spéculum et de poser les sangsues dans le vagin même. À part les émissions sanguines, des injections, des bains tièdes généraux ou partiels, des fomentations émollientes sur l'hypogastre, rendront de bons services contre les douleurs; les contractions convulsives du vagin céderont promptement à un lavement à l'opium ou à la belladone, dont on combattra l'action astringente en administrant plusieurs jours de suite un léger purgatif. Dès que la sensibilité du vagin aura diminué, que la température se sera abaissée, que l'état de sécheresse de la muqueuse, qui manque rarement les premiers jours, aura fait place à une sécrétion puriforme, on passera aux injections intra-vaginales d'une solution un peu concentrée de nitrate d'argent. Si la leucorrhée ne cérait pas, on aurait recours aux divers moyens que nous avons indiqués, en parlant du traitement du catarrhe chronique. Quant au régime à observer, nous ajouterons qu'un repos absolu, tant moral que physique, et l'abstinence de toute boisson et de toute nourriture excitante, sont des conditions indispensables à la guérison.

• Les inflammations secondaires demandent avant tout l'éloignement des causes qui les ont produites. On ne pourra, par exemple, espérer aucun bon résultat du traitement tant qu'on n'aura pas extirpé le polype ulcéré, enlevé le pessaire qui irrite le vagin, ou guéri la fistule. Tant que les causes subsistent, le médecin en sera réduit aux soins de propreté, consistant en bains de siège et injections d'eau tiède, décoctions de camomille, de thé vert, de solutions de chlorure de chaux, etc. Ces dernières sont surtout utiles lorsque l'écoulement est sanieux et fétide. Lorsque la vaginite membraneuse se déclare pendant le cours des maladies générales que nous avons énumérées, elle n'est plus que d'une importance secondaire et disparaît ordinairement d'elle-même avec l'affection qui l'a causée; on aura soin seulement de maintenir le vagin dans la plus grande propreté. Souvent cependant existe une leucorrhée chronique que l'on traitera d'après les règles que nous avons données plus haut. •]

## ARTICLE V.

### TUMEURS SANGUINES, OU THROMBUS DE LA VULVE ET DU VAGIN.

[Bien que cette maladie soit particulièrement étudiée au point de vue de la grossesse et de l'accouchement, il nous semble important d'en dire ici quelques mots.

Le système veineux et artériel annexé au vagin et aux parties génitales extérieures est extrêmement riche, ainsi qu'on le sait, et il est soumis à de fréquentes congestions par suite de deux ordres de causes distinctes, la menstruation d'une part, la grossesse de l'autre. Le mécanisme diffère dans les deux cas : aux époques menstruelles, c'est une congestion active, pendant laquelle il y a réplétion des veines et turgescence des parties, facilitée par la laxité du tissu cellulaire. Pendant la



grossesse il y a plutôt une stase passive, déterminée par la gêne de la circulation, en retour, et dont la cause se trouve dans le développement de l'utérus. Ces deux modes de congestion se traduisent même chez quelques femmes par la varicosité des veines profondes et des veinules superficielles. Or, on conçoit facilement que les veines ainsi forcées, distendues, et peut-être amincies, puissent se rompre spontanément ou sous l'influence d'une violence extérieure, exactement comme les veines variqueuses des membres inférieurs. De là des hémorrhagies plus ou moins considérables dans l'épaisseur des tissus de la vulve ou des parois du vagin ; elles ne diffèrent d'ailleurs des hémorrhagies péri-utérines que par le siège, celles-ci se faisant dans la cavité péritonéale, mais sous l'influence de causes identiques.

*Causes.* — Les premiers médecins qui se sont occupés des *tumeurs sanguines* des parties génitales, ne les ont guère envisagées que dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement, ainsi que l'on peut s'en assurer en consultant les mémoires de Deneux (1) et de M. Hervez de Chégoin (2). Mais M. le professeur Velpeau (3) a montré, depuis, que ces tumeurs sont souvent indépendantes de la grossesse et à peu près aussi fréquentes « chez les femmes qui ne sont pas enceintes que chez celles qui accouchent ».

Dans les cas de *vacuité de l'utérus*, le thrombus s'est montré de l'âge de *dix-huit ans* à celui de *soixante* (Velpéau). Mais il y a toujours eu une *violence extérieure*. Dans un cas observé par le même auteur chez une jeune fille de quatorze ans, à peine pubère, il y avait eu *tentative de viol* ; d'autres fois il s'agit d'un *coup de pied* ou d'un *choc* contre l'angle d'une table, d'une chaise, etc. « Une des causes les moins avouées et des plus fréquentes, peut-être, se trouve dans un *excès de coït* » ; aussi observe-t-on fréquemment le thrombus chez les filles publiques et les femmes récemment mariées. La nature de ces causes fait comprendre qu'il puisse y avoir simultanément une plaie extérieure.

Dans le cas d'accouchement il n'y a pas de violence extérieure, et au premier abord on pourrait croire que le thrombus s'établit *spontanément* ; mais il est bien évident que la tête de l'enfant agit comme un corps contondant, en froissant les parois du vagin et de la vulve. Nous avons déjà dit que la distension et l'état variqueux des veines des parties génitales était une cause prédisposante de la plus grande importance.

Cependant comme il y a des cas où le thrombus s'est manifesté pendant la grossesse, on peut supposer qu'il s'est produit spontanément et par une rupture analogue à celle des varices des jambes, à moins que l'on ne suppose qu'il y a eu une violence extérieure inaperçue ou inavouée.

Ajoutons que l'on a signalé parmi les *causes prédisposantes* (4) : le *volume excessif* de l'utérus, l'*étroitesse du bassin*, de la *vulve* ou du *vagin*, la *multiparité*, mise en doute par Deneux ; l'*appauvrissement du sang*, propre à la grossesse. Et parmi les *causes occasionnelles* : les *manœuvres* nécessitées par l'*application du forceps* ou par la *version* ; la *préparation des parties*, pratiquée autrefois par

(1) *Tumeurs sanguines de la vulve et du vagin*. Paris, 1830.

(2) *Journal universel et hebdomadaire de médecine*, 1832.

(3) *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. 30, art. VULVE.

(4) *Vauclin, Thèse*. Paris, 1858.

les accoucheurs; enfin les *efforts violents d'expulsion* dans la dernière partie du travail.

**Fréquence.** — Cette affection est certainement très rare. Deneux n'en avait recueilli que quatre exemples dans une pratique de quarante années; M. Hervez de Chégoin n'en a vu qu'un seul cas en vingt ans. M. Velpeau, au contraire, en possède trente exemples qui lui sont propres, et il dit en avoir observé six exemples dans le cours d'une seule année. M. Blot (1) pense qu'il existe, dans l'appréciation de la fréquence, des causes d'erreur, d'abord parce que l'on peut méconnaître des tumeurs de petit volume, et ensuite parce que l'on peut confondre le thrombus avec une autre affection, comme la gangrène de la vulve. Enfin M. Vauclin (2) distingue la fréquence relativement au *siège*, et la fréquence relativement à l'*époque d'apparition* : sous le premier rapport, les tumeurs sanguines sont plus fréquentes à la vulve que dans le vagin; sous le second, elles sont plus communes pendant l'accouchement et après la délivrance que pendant la grossesse.

**Caractères anatomiques.** — Le thrombus se manifeste plus fréquemment à la vulve que dans le vagin, et aussi souvent à gauche qu'à droite, bien qu'en ait dit Boër. Il se produit quelquefois, mais rarement, dans les petites lèvres. Son siège le plus habituel est à la partie postérieure et interne des grandes lèvres, et la tumeur fait saillie du côté de leur partie glabre. L'infiltration sanguine n'est pas toujours limitée, car on l'a vue gagner toutes les parties de la vulve, le pourtour de l'anus, le pénis, la paroi antérieure de l'abdomen.

Dans l'intérieur du vagin, la tumeur est plus circonscrite; elle en occupe les parties latérales de préférence, plus rarement la paroi postérieure, presque jamais la paroi antérieure.

Il n'est pas rare de voir une tumeur occuper à la fois le vagin et la vulve.

Enfin on a trouvé quelquefois la lèvre antérieure du col utérin infiltrée de sang à la suite des accouchements laborieux, et l'on a rapproché cette lésion de celle qui nous occupe maintenant.

On n'a peut-être jamais eu l'occasion d'examiner anatomiquement un thrombus récent, de sorte que l'on ignore et l'état des tissus et celui des vaisseaux; mais la palpation supplée en partie à ce défaut d'observation. Il est évident que quelquefois le sang est seulement infiltré dans les mailles du tissu cellulaire, et que d'autres fois il est épanché à l'état liquide; dans ce dernier cas autour de la partie fluctuante, il y a toujours une zone d'infiltration. Enfin on sait que le sang, d'abord liquide, se concrète et rend la tumeur solide, à moins qu'une inflammation suppurative ne la transforme en *abcès sanguin*.

**Signes et symptômes.** — Le thrombus qui survient en dehors de l'accouchement est rarement volumineux; celui des femmes en couches est ordinairement considérable et peut acquérir les dimensions de la tête d'un enfant nouveau-né. La tumeur est le plus ordinairement circonscrite et se présente sous la forme d'une « *bossure globuleuse, sphéroïdale ou elliptique, d'une teinte noirâtre, comme charbonnée* » (Velpeau). Cependant l'épanchement peut être diffus, et alors il n'y a plus qu'une tuméfaction pâteuse étendue plus ou moins loin et quelquefois incolore.

1. *Des tumeurs de la vulve et du vagin, thèse de concours pour l'agrégation.* Paris, 1853.

2. *Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin, thèse.* Paris, 1858.

« Ordinairement indolente, dit M. Velpeau, la tumeur sanguine de la vulve est généralement molle, vaguement fluctuante sur son point culminant, sur sa région interne notamment. Le côté fémoral ou pubien en est, au contraire, assez dense, assez résistant pour y rendre la fluctuation douteuse en ce sens. En la pressant entre les doigts comme pour l'étrangler, pour l'attirer au dehors, on constate bientôt qu'elle est indépendante du squelette du contour du bassin, et que les parties molles seules lui ont donné naissance, c'est-à-dire qu'on la fait aisément mouvoir avec la grande lèvre tout entière sur le contour du détroit inférieur. Quand, avec les caractères que je viens d'indiquer, la tumeur s'est développée rapidement dans l'espace de quelques heures, par exemple, il est difficile de ne pas en saisir immédiatement le diagnostic. Un abcès, un kyste, toute autre tumeur se développe d'une façon toute différente, et se montre sous des formes anatomiques telles que la confusion en est véritablement impossible. »

La douleur est quelquefois très vive, surtout quand la tumeur avoisine le périnée; quelquefois elle est nulle.

Il est facile de comprendre les troubles que la tumeur occasionne par son volume, dans les parties voisines; ainsi elle gêne les fonctions du rectum, de la vessie, etc., selon son siège. Elle peut aussi s'opposer à l'écoulement des lochies et même à l'accouchement.

La tumeur n'a pas toujours une couleur bleue ou livide, et cela en raison de sa profondeur.

*Marche, durée.* — Cette affection ne s'accompagne de fièvre que par suite d'une complication inflammatoire. Elle tend à la résolution spontanée, comme tous les épanchements sanguins dans l'épaisseur des tissus, et la résorption est d'autant plus rapide que la tumeur est moins volumineuse. Cependant M. Velpeau fait remarquer que la partie solide du sang peut rester, se transformer et donner lieu à des tumeurs persistantes, dont la nature est difficile à reconnaître plus tard, si l'on ignore qu'il y a eu un thrombus. Au contraire, la tumeur peut devenir le point de départ d'un kyste séreux.

*Complications et terminaisons.* — Il nous suffira de signaler : l'hémorrhagie par rupture des parois, la rétention d'urine ou des matières fécales, les obstacles à l'accouchement, la rétention du délivre ou celle des lochies, les convulsions, l'inflammation du péritoine (Vauclin). Enfin la conversion de la tumeur en abcès sanguin, la gangrène et la formation de fistules recto-vaginales sont encore tout à la fois des complications et des modes de terminaison.

*Diagnostic.* — Les caractères de la tumeur, les circonstances dans lesquelles elle est survenue, la rapidité du début, rendent le diagnostic tellement facile, qu'il serait inutile d'y insister. Cependant le thrombus qui survient chez les femmes non enceintes peut n'être observé par le médecin que longtemps après son début, et quand la douleur, la gêne que produisent la tumeur ou quelque complication forcent la malade à parler d'un mal qu'elle aurait voulu dissimuler. On ne saurait hésiter que pour les tumeurs variqueuses, les phlegmons, les hernies vaginales, des tumeurs de la vulve ou des parois du vagin, et la gangrène de la vulve.

*Pronostic.* — En général, le thrombus de la vulve est grave chez la femme en couche. Deneux a noté vingt-deux cas de mort sur soixante-deux cas réunis par lui. M. Blot dit que sur dix-neuf femmes cinq moururent.

M. Vauclin fait remarquer que cette issue funeste reconnaît pour cause d'abord les hémorrhagies, ensuite la suppuration et la gangrène.

Il est bien entendu que le volume de la tumeur entre pour beaucoup dans la gravité du pronostic.

Toutes choses égales d'ailleurs, le thrombus du vagin est plus grave que celui de la vulve, pour les raisons suivantes : la tumeur peut rester longtemps méconnue et entraîner des complications qu'on eût pu prévoir ; si elle s'ouvre, les hémorrhagies sont abondantes et difficiles à réprimer ; enfin les lochies peuvent y pénétrer et amener la gangrène (Siebenhaar, cité par Vauclin).

Il y a un danger autre que la mort, c'est la possibilité de formation d'une fistule recto-vaginale, et presque toujours la mort de l'enfant pendant le travail.

M. Velpeau dit le pronostic moins grave que les autres auteurs ne l'ont établi, mais c'est en faisant entrer dans son étude les thrombus qui prennent naissance chez les femmes non enceintes.

*Traitement.* — Dans les cas exempts de complication, que la tumeur soit grosse ou petite, il convient d'attendre la résolution spontanée et de n'employer que les moyens qui conviennent aux contusions : repos, résolutifs locaux. Dans les premiers jours on doit, selon M. Velpeau, appliquer des compresses imbibées d'une solution d'acétate de plomb, et plus tard d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque. S'il y avait trop de douleurs, on y joindrait du *laudanum*.

Quand la tumeur persiste plus de quinze ou vingt jours, M. Velpeau pense qu'il s'est formé un kyste qui rendra impossible la résolution du sang. Il propose alors l'écrasement simple de la tumeur ou l'écrasement avec ponction préalable : on introduit dans la tumeur une sorte de *lance*, avec laquelle on déchire les parois de la poche profondément et assez largement, afin de favoriser la dispersion du sang quand on arrivera ensuite à l'écrasement. Cette opération doit être suivie de la compression.

Si le thrombus précède l'accouchement, il n'y a pas lieu de songer à l'écrasement, il faut inciser la tumeur et la vider du sang liquide ou des caillots qu'elle contient.

Nous n'avons pas à insister sur le pansement qui doit suivre l'incision, et encore moins sur le traitement nécessaire pour les complications que nous avons énumérées.]

## APPENDICE.

### LEUCORRHÉE.

[Avant les progrès récents de l'anatomie pathologique et l'emploi du spéculum, tous les écoulements non sanguins qui s'effectuaient par la vulve, en dehors de la parturition, portaient le nom de *leucorrhée* ou de *flueurs blanches*, et étaient considérés comme résultant d'une hypersécrétion essentielle : la leucorrhée était une maladie comme la bronchorrhée, la sialorrhée, etc. L'usage du spéculum et l'anatomie morbide ayant montré la coïncidence de ces écoulements avec des lésions du vagin, du col de l'utérus, et même du corps de cet organe, la leucorrhée perdit rang de maladie pour descendre à celui de symptôme. Cependant la nouvelle opinion n'a pas été partagée par tous les médecins, et elle ne l'est pas encore ; en sorte que, en présence d'assertions aussi opposées, l'opinion flotte incertaine. Nous

ne sommes pas de ceux qui aiment à accorder les contraires, mais il nous semble qu'il y a ici un malentendu facile à faire disparaître par quelques explications.

Il est incontestable que toute lésion d'une membrane muqueuse se traduit par l'augmentation et la perversion de sa sécrétion, et nous ne voyons pas pourquoi les affections de la muqueuse utérine et vaginale échapperaient à cette règle.

Aussi croyons-nous que la leucorrhée peut et doit être le *symptôme* de toutes les altérations de la muqueuse génitale; peut-être même doit-elle aussi être l'*expression symptomatique* des affections plus profondes atteignant le parenchyme et les annexes de l'utérus. Sous ce rapport donc, nous reconnaissons volontiers que la leucorrhée n'est point une maladie, mais nous ne sommes nullement disposés à la considérer toujours ainsi. Il y a des cas, et ils sont nombreux, où la leucorrhée est toute la maladie, c'est-à-dire où elle ne se rattache à aucune lésion anatomique permanente. Si l'on nous disait qu'alors elle dépend d'une constitution lymphatique dont elle serait le symptôme, nous répondrions que cette constitution n'est pas une maladie, que c'est une modalité de l'organisme, et que cette modalité entraîne dans les organes une manière particulière de vivre et de fonctionner; que si, alors, un flux s'exagère au point de devenir incommode, ce flux prend rang de maladie; ce n'est plus un symptôme, c'est l'expression d'une disposition générale de l'organisme. On peut dire encore que ce flux est le résultat d'une perversion de la circulation ou de l'innervation des parties qui en sont le siège; nous l'admettons volontiers et nous ne comprendrions même pas qu'il en fût autrement. Mais cette perversion est-elle une maladie? Assurément non, puisque c'est la manière de fonctionner des appareils circulatoires et nerveux de tel ou tel individu.

Une comparaison fera comprendre notre pensée entière: qu'un individu lymphatique; à constitution faible et molle, soit sujet à un flux sudoral excessif et habituel, sans lésion de la peau, dira-t-on que ce flux est le symptôme de la débilité générale de l'économie? Non, certainement; il en sera l'effet, le résultat, non le symptôme. En effet, la faiblesse générale n'est qu'une forme de l'organisation, un degré imparfait de développement, mais ce n'est pas une maladie; le flux sudoral sera, au contraire, la maladie tout entière, et, qui plus est, une maladie essentielle, car il n'aura pas son point de départ dans une altération anatomique de la peau. C'est de cette manière que l'on doit, à notre sens, entendre la leucorrhée constitutionnelle, que nous persistons, avec beaucoup d'auteurs, à considérer comme une maladie réelle et essentielle.

Cependant, comme au point de vue du diagnostic, il se présente de nombreuses difficultés, nous croyons qu'il faut établir deux divisions dans les écoulements non sanguins qui se font par les organes génitaux de la femme, et les distinguer en :

- 1° *Leucorrhée symptomatique*;
- 2° *Leucorrhée idiopathique*.

#### 1° LEUCORRHÉE SYMPTOMATIQUE.

Lorsqu'une femme se plaint de *pertes blanches*, c'est-à-dire d'un écoulement non sanguin par les parties génitales, l'esprit du médecin s'arrête tout de suite et *presque involontairement* sur la leucorrhée essentielle, idiopathique, c'est-à-dire *indépendante de toute lésion anatomique*, car c'est incontestablement l'espèce la

nte. Aussi ne songe-t-il pas à l'examen des parties génitales, et formule-t-il son traitement. Il n'y a en général pas beaucoup à se tromper : dans la majorité des cas il aura rencontré juste, et son traitement sera bon. Mais s'il y aura des cas rebelles ; il procédera à un examen local, et il se résoudra à la précipitation en reconnaissant que l'écoulement est dû à une cause qui demandait surtout un traitement topique.

Il ne faut pas en réalité des flux qui peuvent être pris pour la leucorrhée et qui ne sont que le symptôme d'une affection des organes génitaux.

Nous ne pouvons pas en décrire toutes les variétés, dans la crainte de tomber dans les répétitions, mais nous énumérerons les plus importantes.

**Les écoulements symptomatiques.** — Tout d'abord il y a des flux qui sont dus à une affection de la vulve. Nous ne faisons que rappeler la folliculite et la folliculite vulvaire, décrites dans les articles précédents. Dans le premier cas, on apprendra qu'il y a eu précédemment une vulvo-vaginite blennorrhagique, et l'on reconnaîtra que l'inflammation s'est réfugiée dans les follicules de l'orifice du vagin et du pourtour de l'urèthre ; ces follicules sont durs, saillants, quelquefois ulcérés ; la pression en fait sortir du pus ; on peut y entrer à la profondeur d'un centimètre. S'agit-il de la folliculite, elle porte sur les glandes sébacées et les follicules pilifères du bord externe de la face externe des grandes lèvres ; cette affection n'existe que chez les femmes à cheveux bruns ou roux. Si l'on trouve ces lésions, on doit leur attribuer l'origine de l'écoulement qui baigne les parties génitales externes, à moins qu'on ne découvre quelques lésions dans le vagin. Les *chancres syphilitiques* peuvent aussi donner lieu à un écoulement simplement vulvaire.

Il y a de même des inflammations et abcès de la glande vulvo-vaginale, que nous ne pouvons pas à décrire. Rappelons enfin que les *pustules plates* sont une affection caractérisée par une sécrétion muco-purulente ; la présence des pustules à la vulve, et surtout l'odeur infecte de la matière sécrétée établissent le diagnostic. Les *leucorrhées* du vagin produisent aussi des écoulements symptomatiques. Nous ne décrivons que la *vaginite simple*, la *blennorrhagie aiguë et chronique*, la *granuleuse*, *diphthéritique*, et toutes les *affections chroniques* des parois

de l'utérus, nous signalerons toutes les *affections du col*, la *leucorrhée catarrhale*, la *congestion utérine*, les *polypes*, le *cancer*, etc.

**Des écoulements symptomatiques.** — Lorsqu'il s'agit d'une lésion vaginale, le diagnostic n'éprouve aucune difficulté, mais il n'en est plus de même quand la lésion appartient à l'utérus, car on peut méconnaître la lésion locale et croire à une leucorrhée idiopathique.

Il faut alors de tirer des signes de la nature de l'écoulement lui-même, et il est si difficile que l'on puisse en obtenir d'une grande importance. C'est principalement d'après les caractères de l'écoulement que l'opinion peut être fixée. Nous ne pouvons nous en occuper que dans quelques détails. Le lecteur trouvera dans la thèse de M. le docteur Hédouin (1) des détails d'une grande impor-

(1) *Recherches sur les écoulements provenant des affections diverses des organes génitaux, etc. Thèse, Paris, 1848.*



tance pratique, que nous ne pouvons rapporter ici, à cause de leur longueur, mais nous empruntons un passage du plus grand intérêt clinique au livre remarquable de M. Nonat (1).

« Il faut, tout d'abord, tenir compte de la quantité de l'écoulement. Il est évident que les proportions du produit sécrété sont toujours en raison directe de l'étendue de la surface sécrétante. D'où il est permis d'inférer qu'un écoulement très abondant doit provenir, soit seulement de la totalité du vagin, soit de la surface vaginale et de la muqueuse utérine simultanément; une leucorrhée peu abondante, au contraire, aura sans doute sa source uniquement dans la cavité utérine.

» Un écoulement muco-purulent, parfois mêlé de sang, accompagné de douleurs très aiguës dans le bas-ventre et d'une réaction fébrile intense, assez abondant à l'apogée de la maladie, diminuant à mesure que la maladie s'amende, appartient, en général, à la *métrite aiguë*. Tantôt cet écoulement cesse entièrement, si la résolution de la phlegmasie est complète; tantôt il persiste en prenant les caractères du mucus albumineux, si la phlegmasie revêt la forme chronique.

» Une leucorrhée peu abondante, constituée par une matière glaireuse, comparable à du blanc d'œuf, provient toujours de la cavité utérine et se rattache à l'existence d'une *métrite chronique interne*.

» Les pertes muco-purulentes, d'une teinte blanche et laiteuse, proviennent généralement du vagin et sont l'indice d'une *vaginite*.

» La leucorrhée jaune verdâtre est fournie le plus souvent aussi par la muqueuse vaginale.

» Néanmoins la muqueuse utérine exhale, dans certains cas, un muco-pus semblable à celui du vagin; de sorte que les écoulements blancs et laiteux et les écoulements jaune verdâtre peuvent quelquefois être tout aussi bien le signe d'une *métrite chronique interne* que d'une *vaginite*.

» Toute matière leucorrhéique alcaline provient de la cavité de l'utérus; la leucorrhée vaginale est toujours acide. L'écoulement mixte est, suivant les proportions du mélange, alcalin, acide ou neutre.

» Lorsque, en dehors de l'époque menstruelle, ces mucosités leucorrhéiques sont striées de sang, il est à présumer qu'il existe quelque *granulation* ou quelque *ulcération*, soit sur le museau de tanche, soit sur la muqueuse vaginale. Quand le sang est mélangé en assez grande quantité au mucus ou au muco-pus, il est probable qu'on a affaire à une *métrite chronique compliquée de fongosités intra-utérines* ou de *polypes* ou de *corps fibreux*.

» Un écoulement séro-sanguinolent, comparable à une eau roussâtre, abondant et continu, est un signe presque certain de *cancer* au début.

» Plus tard, le cancer se décèle par l'écoulement d'une matière épaisse, semi-liquide, ichoreuse et fétide, mélange de pus, de sang et de détritits cancéreux.

» Le mélange de ces détritits et la continuité de l'écoulement serviront à distinguer les matières provenant d'une affection cancéreuse de celles qui, par suite d'un séjour plus ou moins long dans la matrice, dans les cas de *métrite chronique interne compliquée de rétrécissement du conduit utérin*, ont acquis une odeur et une coloration capables d'en imposer.

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1860, p. 630 et s.

La métrite parenchymateuse ne fournit point une leucorrhée particulière. Les blanches qui accompagnent habituellement cette phlegmasie doivent être attribuées, non point à l'inflammation du tissu propre, mais à celle de la muqueuse utérine qui la complique presque toujours.

La leucorrhée qu'on observe généralement dans l'hystéralgie provient, soit de la métrite ou d'une vaginite concomitante, soit d'un surcroît de mouvement vital et d'activité fonctionnelle dans la muqueuse et dans les follicules muqueux, sous l'influence de l'irritation morbide du système nerveux utérin.

La leucorrhée qu'on observe dans certaines lésions organiques de l'utérus, telles que môle, polypes, corps fibreux, hydrométrie, etc., provient d'un certain état de métrite que ces espèces de corps étrangers ont fait naître dans la muqueuse utérine, qu'ils irritent sans cesse par leur contact.

L'écoulement blanc qui accompagne si souvent aussi les lésions mécaniques de la matrice et que beaucoup d'auteurs n'hésitent pas à leur attribuer, est le résultat, non point du déplacement ou de la déviation, mais de la métrite qui très souvent le complique.

L'ovarite et les phlegmons péri-utérins ne déterminent la leucorrhée que d'une manière indirecte, c'est-à-dire en provoquant par voie de contiguïté ou de voisinage une phlegmasie utérine. »

Les caractères serviront à faire reconnaître la nature de l'affection dont l'écoulement est le symptôme, et à établir le pronostic. Quant au traitement, nous n'avons rien à en parler, puisqu'il doit varier selon la nature de la cause.]

## 2° LEUCORRHÉE IDIOPATHIQUE.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Pour nous, la *leucorrhée idiopathique* est un écoulement de matière muqueuse, abondant pour incommoder les sujets, et sans altération appréciable des organes génitaux. On voit que non-seulement nous excluons tous les cas où l'on observe une lésion soit purement inflammatoire, soit ulcéreuse, mais encore que nous n'admettons que les écoulements muqueux. Si, en effet, l'écoulement est pur ou muco-purulent, bien que la muqueuse vaginale et utérine ne présente même de la rougeur, il faut admettre l'existence d'une vaginite chronique; la maladie n'est plus alors une simple leucorrhée, car la formation du pus à la surface d'une muqueuse entraîne l'idée d'une inflammation. On voit tous les jours des écoulements muco-purulents de l'urèthre persister après la période inflammatoire terminée, sans que l'inspection fasse découvrir les signes ordinaires de l'inflammation : chaleur, rougeur, tuméfaction; et l'on n'hésite pas à dire qu'il existe alors une blennorrhagie chronique, c'est-à-dire une inflammation chronique; il doit en être de même quand il s'agit des écoulements vaginaux. Il est très difficile, il est même impossible de dire où commence et où finit l'inflammation, et surtout si, dans certains cas, la matière de l'écoulement contient ou ne contient pas une certaine proportion de pus. On conçoit, en effet, que le mucus, suivant la plus ou moins grande proportion des éléments qui le composent, ait dans son aspect plusieurs nuances faciles à caractériser; mais, si cette difficulté existe pour certains cas, qui seront



peut-être toujours douteux, il en est, comme on le verra plus loin, où les caractères sont très tranchés, et ce n'est, par conséquent, pas une raison pour lui subsister une confusion fâcheuse.

Nous avons ajouté, dans cette définition, que l'écoulement doit être assez abondant pour incommoder les femmes; cette remarque, faite par Marc d'Espine, paraîtra juste, si l'on considère que la sécrétion du mucus est nécessaire pour lubrifier les parties, et que, tant qu'elle ne dépasse pas certaines limites, il est impossible de dire que le sujet n'est plus dans des conditions normales.

Les dénominations sous lesquelles on a désigné la leucorrhée sont très nombreuses, et il n'en pouvait être autrement. On l'a décrite sous les noms de *fluxus albus*, *fluxio vulvæ*, *profluvium muliebre*, *fluor albus*, *menorrhagia alba*, *menorrhœa*, *menstrua alba*, *blennorrhœa vaginæ*, *hysterorrhœa mucosa*; *fleurs*, *fluxus blancs*, *pertes blanches*, etc.; les Anglais l'ont désignée sous le nom de *white* et les Allemands sous celui de *weisser Fluss*. On trouve dans ces dénominations plusieurs des idées qu'on s'est faites sur la nature de la maladie, alors que les états pathologiques se trouvaient confondus.

Dans les idées anciennes, la leucorrhée devait nécessairement passer pour une des maladies les plus fréquentes, si ce n'est même pour la plus fréquente de toutes. On sait, en effet, combien est grand le nombre des femmes qui ont des écoulements, soit continus, soit intermittents, c'est-à-dire apparaissant à l'époque des règles. Mais si nous recherchons la fréquence de la leucorrhée telle que nous l'avons définie plus haut, nous voyons qu'elle devient infiniment moins considérable et que chez les femmes qui ont des écoulements divers confondus sous le nom de leucorrhée, c'est la minorité qui présente un flux de cette nature. Nous indiquons, en parlant des causes, quelle est la fréquence de la maladie suivant les diverses circonstances où les femmes se trouvent placées.

## § II. — Causes et siège de la maladie.

On comprend combien de causes différentes on a dû assigner à cette maladie complexe dans l'ancienne manière de voir. Nous ne présenterons ici que celles qui se rattachent spécialement à la leucorrhée telle que nous l'avons définie, et, pour cela, le mémoire de Marc d'Espine nous sera de la plus grande utilité.

### 1° Causes prédisposantes.

*Age.* — Nous avons dit, en parlant de la vaginite et de la vulvite, que l'on observait assez souvent chez des enfants très jeunes, et même chez des filles nouvellement nées, un écoulement plus ou moins épais et abondant; mais après avoir examiné les faits, nous avons cru devoir rattacher cet écoulement à la vaginite, surtout à la vulvite provoquée par diverses causes excitantes. Dans les observations recueillies par M. Brierre de Boismont (2), on voit que l'affection à laquelle il est permis de donner le nom de leucorrhée ne s'est pas montrée avant l'âge de huit ans.

(1) *Recherches anatomiques sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée* (Arch. g. de méd., 2<sup>e</sup> série, t. X, p. 160).

(2) *De la menstruation considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques* (Paris, 1841, chap. XIII, Des fleurs blanches, etc.).

is, et c'est là un fait qui vient à l'appui de la distinction que nous avons établie plus haut.

Il n'est pas rare de voir la leucorrhée s'établir avant l'âge où commence la menstruation; Blatin, Marc d'Espine et M. Brierre de Boismont ont fait à ce sujet des relevés statistiques. D'après le premier, 15 femmes sur 135 seraient dans ce cas (1/9<sup>e</sup>); d'après le second, il y eut 26 femmes sur 53 (la moitié) qui furent atteintes avant la première époque menstruelle, et dans les cas recueillis par M. Brierre de Boismont la proportion n'est que d'un peu plus du quart. Ces chiffres sont si différents, qu'on ne peut pas en tirer de conclusion rigoureuse, et il faut nécessairement faire appel à des recherches très étendues. Ce qui, ainsi que le fait remarquer Marc d'Espine, est une cause inévitable de la variation des résultats obtenus, c'est que les observations n'ont pas été prises dans les mêmes lieux, et que les influences auxquelles les femmes étaient sujettes se trouvaient par conséquent différentes. Peut-être aussi faut-il ajouter que dans des questions aussi difficiles, un peu plus ou un peu moins de précision et de sévérité dans l'interrogatoire doit avoir une grande influence sur le résultat.

Les mêmes motifs ont fait nécessairement varier les chiffres obtenus par ces trois auteurs dans leurs recherches sur l'apparition de la leucorrhée pendant et après la période menstruelle : ainsi, tandis que Blatin trouve que 106 femmes sur 135 (79<sup>e</sup>) ont vu apparaître la leucorrhée pendant la période limitée par la première menstruation et l'âge critique, Marc d'Espine en trouve seulement 18 sur 53 (1/3); quant à M. Brierre de Boismont, il nous a été impossible de suivre ses chiffres, car sur 248 femmes qui auraient vu paraître l'écoulement leucorrhéique après les règles, ce qui, joint aux 63 cas précédemment cités, et dans lesquels cet écoulement a précédé la menstruation, dépasse de beaucoup le nombre total de ses observations, qui est de 273.

*Tempérament.* — Si l'on voulait s'en rapporter simplement à l'opinion générale, on ne serait plus facile que de se prononcer sur l'influence du tempérament. C'est une croyance, en effet, presque universellement répandue, que le tempérament lymphatique est la condition la plus favorable à l'apparition des fluxus blanches, l'on trouve affirmé dans presque tous les auteurs que les femmes blondes, à peau blanche et fine, ayant une certaine bouffissure des tissus, sont de beaucoup les plus sujettes à cette affection; mais déjà nous avons vu dans l'histoire des *scrofuls* (1) avec quelle réserve il faut accepter de semblables affirmations lorsqu'elles ne sont pas appuyées sur une analyse numérique des faits. Nous en trouvons ici une nouvelle preuve. Blatin, qui avait senti la nécessité de s'appuyer sur cette base, n'a pas pu déterminer l'influence du tempérament, parce que, même dans ses observations de ceux dont les opinions étaient le plus arrêtées, il n'a pas trouvé de documents suffisants sur ce point, et Marc d'Espine, analysant les faits, a vu que le plus grand nombre des femmes observées à Paris avaient les cheveux châtains et les yeux bleus, que d'autres avaient des nuances plus foncées, et que le nombre proportionnel de ces femmes était en rapport direct avec celui que présente la population tout entière, relativement aux attributs du tempérament. M. Brierre de Boismont se contente de dire que les deux tiers des 63 jeunes filles

1; Voyez tome 1<sup>er</sup>, p. 380.

leucorrhéiques avant la menstruation « étaient blondes, nées dans les villes de Paris, et que « celles de la campagne étaient, en général, lymphatiques ou « fuleuses » ; mais, ajoute-t-il, « il y en avait dans le nombre dont la constitution était forte. » Que conclure encore de ces faits ? Rien évidemment. M. Briere Boismont n'est pas, malheureusement, entré dans d'assez grands détails. Marc d'Espine observait à l'hôpital des Vénériens, où les conditions étaient favorables relativement au point qui nous occupe. C'est encore là un exemple de la difficulté de ces recherches, qu'on fait néanmoins très souvent avec la plus grande légèreté.

*Constitution.* — Même remarque à propos de la constitution. Marc d'Espine a vu prédominer la constitution robuste ; l'opinion générale est, au contraire, que la constitution naturellement faible, ou débilitée par les maladies antérieures, est la plus sujette à la leucorrhée.

*Climat.* — Le mémoire de Marc d'Espine nous fournit un renseignement portant sur l'influence du climat. Cet auteur a comparé sous ce rapport ses observations avec celles qui lui ont été communiquées par Girard (de Marseille) et a vu que le tiers seulement des femmes observées à Paris n'avaient jamais été sujettes aux fleurs blanches, tandis que les trois quarts des femmes interrogées à Marseille se trouvaient dans cette condition favorable. Il est d'observation générale, mais il serait utile de préciser à l'aide des faits, que les climats froids et humides prédisposent à la leucorrhée.

*Séjour dans les villes ou dans les campagnes.* — Le séjour dans les villes est universellement regardé comme favorable à la production des fleurs blanches, tandis que le séjour dans les campagnes serait presque un préservatif. M. Briere Boismont, qui a recueilli et analysé beaucoup de faits, a confirmé par ses observations la manière de voir générale. Il serait à désirer que de nouveaux faits vinssent nous apprendre quelle est la part de chacune des causes qui, dans le séjour des villes, peuvent avoir leur degré d'influence : tels sont la *vie sédentaire*, les *passions tristes*, l'*abus du coït*, les *excès dans le régime*, etc., circonstances qui ont été toutes signalées, mais sans preuves qui puissent satisfaire un esprit sévère.

Nous n'avons rien de précis sur l'influence de l'*alimentation habituelle* ; tout ce qu'on a dit relativement à l'usage du lait, du thé, du café au lait surtout, etc., est fondé sur des appréciations vagues, qui pourraient bien n'être que des erreurs. Quelques auteurs, et entre autres, dans ces derniers temps, M. Lagneau (1) et Lisfranc (2), disent qu'on peut produire ou suspendre à volonté la leucorrhée en faisant prendre du café au lait aux femmes, ou en leur interdisant cet aliment ; mais ils n'ont pas donné les détails de ces expériences, et il existe trop de causes d'erreur pour qu'on puisse admettre ces assertions comme des faits démontrés.

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'*usage des vêtements trop serrés*, et sur tout à l'usage des *corsets*. On n'a pas réfléchi que si le séjour des villes a une influence réelle, est tout naturel que les femmes qui portent les vêtements dont il s'agit soient principalement affectées, puisque c'est dans les villes qu'on se vêt généralement a

(1) *Dictionnaire de médecine*, art. LEUCORRHÉE.

(2) *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*, t. II, art. LEUCORRHÉE.

On ne peut arriver à reconnaître l'influence réelle de l'hérédité, si l'on n'a pas regardé en même temps aux autres causes qui ont pu agir, et si l'on se contente de demander aux femmes si leur mère était affligée de la même indisposition ? Aussi, les précautions n'ayant pas été prises, n'avons-nous aucun renseignement précis sur ce point.

## 2° Causes occasionnelles.

Nous n'avons guère à signaler de causes occasionnelles dont l'existence soit bien démontrée. Si, en effet, on examine celles qui ont été indiquées par les auteurs, on voit qu'elles ont produit, non une véritable leucorrhée, mais une vaginite, un catarrhe utérin, dans lesquels il existe un certain degré d'inflammation, et qui ne sont pas entièrement constitués par l'écoulement. Nous ne citerons pour exemple que l'action des corps étrangers, comme les pessaires, l'excitation répétée des organes génitaux, l'avortement, etc.

Parmi les causes réelles, il n'en est aucune qui mérite plus de fixer notre attention que l'apparition des règles. Des femmes affectées de leucorrhée, il en est une peu qui ne voient les fleurs blanches augmenter un certain nombre de jours avant et après les règles, et il en est beaucoup qui n'ont leur écoulement muqueux qu'à ces époques. M. Brierre de Boismont a noté que plus de la moitié des femmes dans lesquelles il a trouvé la leucorrhée établie après la première apparition des règles étaient dans ce dernier cas.

On a signalé des leucorrhées supplémentaires remplaçant divers flux sanguins naturels, tels que les hémorrhoides, les règles elles-mêmes, les exutoires supprimés, etc. Il reste encore beaucoup de doutes sur l'exactitude de ces observations. Pour arriver à un résultat précis sur ce point, il faudrait les recherches les plus soignées et les plus nombreuses, et surtout il faudrait cesser de confondre les inflammations chroniques avec le simple flux muqueux. Dans un bon nombre de cas on voit, après la suppression des règles, s'établir des fleurs blanches, qui deviennent plus abondantes aux époques où les menstrues devraient apparaître, ce qui annonce une certaine congestion des organes génitaux.

Enfin on a parlé de leucorrhées épidémiques. On cite en particulier celles qu'ont bien connues Morgagni et Bassius (1) ; mais on se demande si, par suite de causes générales, et surtout des variations atmosphériques, il ne serait pas survenu, en pareil cas, un nombre considérable de vaginites, plutôt que de véritables leucorrhées. C'est ce qui eut sans doute lieu dans les circonstances suivantes, mentionnées par Troussel (2) : « C'est ainsi, dit cet auteur, qu'à une certaine époque, à Paris, quand le pont des Arts fut achevé, il devint de mode d'en faire un lieu de promenade et de réunion ; les dames vinrent s'y asseoir, comme dans nos jardins publics, après le coucher du soleil ; aussi furent-elles atteintes par l'air frais et humide du fleuve, qui occasionna une espèce d'épidémie de leucorrhée. » Nous avons cité cet exemple pour prouver combien il est nécessaire d'apporter dans le langage une plus grande précision qu'on ne l'a fait jusqu'ici, et en même temps pour montrer ce que l'on a entendu jusqu'à présent par le mot de leucorrhée.

1 *Obser. anat. chir. med. Halle. 1731.*

2 *Des écoulements particuliers aux femmes. Paris, 1842.*

Troussel, en effet, n'hésite pas à regarder les leucorrhées dont il vient d'être question comme de véritables inflammations de la muqueuse des parties génitales.

### § III. — Symptômes.

La leucorrhée, restreinte dans les limites que nous lui avons assignées, ne présente pas un grand nombre de symptômes ; cependant il est sous ce rapport quelques considérations qui ne sont pas sans intérêt.

On ne saurait admettre, avec les auteurs, qu'une douleur réelle des parties génitales soit un symptôme de la maladie dont il s'agit ; c'est surtout dans ce qu'ils ont appelé la leucorrhée aiguë qu'ils ont constaté l'existence de la douleur ; mais nous avons vu qu'on ne peut pas admettre l'existence d'une leucorrhée aiguë. Tout dépend donc de la manière de comprendre la maladie. Lorsque les fleurs blanches sont très abondantes, les parties génitales externes, qui sont constamment baignées par le liquide excrété, peuvent s'irriter, s'excorier même ; mais ce sont là des conséquences et non de véritables symptômes de la maladie, ainsi que la douleur qui en résulte.

La *matière de l'écoulement* est sans contredit ce qu'il importe le plus d'étudier.

Suivant Marc d'Espine, qui a examiné plusieurs fois par jour les femmes avec le spéculum, il importe beaucoup de distinguer la matière qui sort de l'utérus de celle qui provient du vagin. L'exploration telle que l'a pratiquée ce médecin est donc indispensable. Voici les résultats auxquels il est parvenu (1).

*Écoulement utérin.* — « Sur 75 explorations où l'orifice du col s'est trouvé parfaitement sain, l'écoulement utérin a présenté les formes suivantes :

Écoulement aqueux . . . . .	7 fois.
Écoulement albumineux transparent. . . . .	28 fois.
Écoulement albumineux demi-transparent ; strié de gris, de blanc ou de jaune. . . . .	13 fois.
Écoulement opaque (blanc, deux fois ; jaune, une fois). . . . .	3 fois.
Écoulement albumineux sans autre indication. . . . .	2 fois.
Quelques gouttes de sang, huit jours après les règles. . . . .	1 fois (2).

• Sur 52 explorations où l'orifice du col était entouré d'un cercle rose rouge plus foncé que le reste de la muqueuse, mais nullement vif ni saignant, et sans granulations, ni érosions, l'écoulement utérin a présenté les formes suivantes :

Écoulement aqueux. . . . .	3 fois.
Écoulement albumineux demi-transparent, dont deux striés de jaune et deux de blanc. . . . .	14 fois.
Écoulement opaque (deux blancs, deux jaunes). . . . .	5 fois.
Écoulement albumineux sans autre indication. . . . .	5 fois.

Sur 9 autres explorations dans les mêmes circonstances, il n'y a eu qu'un écoulement

(1) *Loc. cit.*, p. 176.

(2) Nous passons sous silence, parmi les cas rapportés par Marc d'Espine, ceux où il n'y avait pas d'écoulement, car pour nous ils n'ont pas d'intérêt actuel.

lement aqueux et un albumineux transparent. Sur 27 autres où le col était entouré d'un *rouge grenu*, l'écoulement aqueux n'existait qu'une fois, et l'écoulement albumineux cinq fois ; et enfin, sur 30 autres où le col était rouge et érodé, l'écoulement aqueux se montrait une fois, et l'écoulement albumineux transparent huit.

Il résulte de ces observations, que l'*écoulement aqueux* et l'*écoulement de matière filante*, transparente, semblable à du blanc d'œuf, l'écoulement albumineux, en un mot, se remarquent dans la moitié des cas où l'orifice est complètement sain, et qu'à mesure qu'on voit des lésions plus ou moins marquées, depuis la simple rougeur jusqu'à l'érosion, se manifester sur l'organe, l'écoulement prend un aspect purulent.

Il y a donc un écoulement utérin assez abondant pour incommoder les femmes, car Marc d'Espine ne parle que de celui-là, qui consiste dans la sécrétion d'un liquide, soit coulant comme de l'eau (écoulement aqueux), soit semblable à du blanc d'œuf. Ce sont là les deux seules formes d'écoulement qu'on doit regarder comme des écoulements muqueux et comme constituant uniquement la leucorrhée, et ces faits répondent à ceux qui voudraient voir toujours, dans cette maladie, autre chose qu'une simple lésion des sécrétions ; car que peut-on trouver, dans les cas dont il s'agit, de plus qu'une augmentation notable du mucus sécrété à l'état normal ?

Nous ne nous dissimulons pas qu'on peut élever quelques objections contre cette manière de voir. On peut faire remarquer que dans des cas où il y avait des lésions évidentes du col, l'écoulement a néanmoins conservé les caractères qui viennent d'être indiqués. Mais rien ne prouve que, dans ces cas, l'écoulement fût une conséquence de ces lésions. On conçoit très bien, en effet, que la rougeur, des granulations et même des érosions puissent exister sur les lèvres du col sans pénétrer dans la cavité où se fait la sécrétion dont il s'agit ici, et on le peut d'autant plus qu'à mesure que nous voyons ces lésions augmenter, et que, par conséquent, il devient de plus en plus probable qu'elles s'étendent à la cavité, l'écoulement se strie de jaune, de blanc, devient opaque et d'aspect purulent.

On pourrait, en outre, objecter que, dans certains cas, le col, conservant un aspect parfaitement sain, l'écoulement est cependant puriforme ; mais on peut répondre encore de la même manière, car c'est dans la partie inaccessible à l'exploration que se produit principalement la sécrétion dont il s'agit. Remarquons d'ailleurs que ces cas sont de beaucoup les plus rares.

*Écoulement vaginal.* — Si maintenant nous examinons l'écoulement vaginal, nous obtenons des résultats semblables. Lorsque la muqueuse est pâle ou rose, qu'elle a l'aspect sain, la matière de l'écoulement est, dans plus des deux tiers des cas, *blanc crémeux* ou *caséux*, et à mesure que cette membrane paraît enflammée, il prend l'aspect puriforme.

L'écoulement propre à la leucorrhée est donc pour l'utérus l'écoulement aqueux et albumineux, et pour le vagin l'écoulement crémeux ou caséux.

En examinant le linge des malades, on trouve des taches plus ou moins nombreuses et plus ou moins étendues, suivant l'abondance de l'écoulement. Ces taches sont grisâtres, semblables aux taches spermatiques ; elles donnent au linge une consistance empesée lorsqu'elles sont sèches.

Il résulte de ce qui précède que la leucorrhée peut être divisée en utérine et vaginale ; mais il est rare que l'écoulement qui constitue l'une ou l'autre se mon-



isolé, et souvent les deux liquides se confondent si bien dans le vagin, que la nature de celui qui est produit par les parois de ce conduit est difficile à saisir.

Les éruptions, les excoriations de la vulve, lorsque l'écoulement est très abondant, ne sont, comme nous l'avons dit plus haut, que de simples conséquences de l'affection.

*Symptômes généraux.* — Les symptômes généraux de la leucorrhée sont en rapport direct, et avec l'abondance de la perte, et avec sa durée. Ainsi, lorsque la perte est peu abondante, et surtout lorsqu'elle ne se produit qu'aux époques menstruelles, la santé générale peut rester intacte. Si, au contraire, l'écoulement est très abondant, et surtout s'il existe depuis longtemps, on observe l'état suivant. Les femmes sont languissantes et se fatiguent aisément, la face pâlit, et devient même terne lorsque le mal est à son plus haut degré. En même temps les chairs sont molles et flasques; il y a un certain degré d'amaigrissement dû non-seulement à la perte muqueuse, mais encore au trouble des fonctions digestives dont nous allons parler tout à l'heure.

Les malades sont, en outre, sujettes à des accidents nerveux très variés. Elles sont ordinairement très irritables, éprouvent une gêne plus ou moins marquée de la respiration, parfois même des palpitations. Il en est qui sont sujettes à la céphalalgie.

Du côté de l'estomac, on observe des phénomènes importants qui appartiennent à la *gastralgie*, et dont nous nous sommes occupé en parlant de cette maladie. Ce sont des douleurs plus ou moins vives à l'épigastre, des tiraillements, l'appétit diminué et parfois augmenté, des goûts bizarres, etc. Les malades sont également sujettes aux douleurs intestinales; elles ont fréquemment des borborygmes, de la constipation; en un mot, les signes si divers de l'*entéralgie* se font remarquer.

M. Brierre de Boismont a cité un grand nombre de faits qui prouvent le rapport qui existe entre les *flueurs blanches* et la *menstruation*. Il a trouvé que, chez les femmes qui ont présenté la leucorrhée avant la première menstruation, celle-ci avait été en général retardée, et que, chez un grand nombre, la leucorrhée coïncidait avec des règles irrégulières, pénibles, et parfois avec leur suppression. Il resterait à indiquer d'une manière précise quelle est l'influence réciproque de la menstruation et des flueurs blanches.

On a constaté qu'un certain nombre de femmes affectées de leucorrhée donnaient *anémiques* ou *chlorotiques*; mais il faudrait savoir si, en pareil cas, on peut attribuer à la leucorrhée l'anémie ou la chlorose, s'il ne faut en accuser que les troubles de la menstruation, ou bien s'il faut voir dans la leucorrhée, l'anémie ou la chlorose et les troubles de la menstruation, autant de phénomènes morbides qui ont leur dépendance d'un état général préexistant.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La maladie a une *marche* essentiellement chronique. Dans les cas non douteux, elle s'établit insensiblement, arrive par degrés à son summum, et persiste ensuite avec des variations plus ou moins grandes, suivant des circonstances très diverses.

(1) Voyez tome III, p. 768, *Maladies de l'estomac*.

parmi lesquelles il faut particulièrement signaler la menstruation, qui augmente la quantité du flux muqueux. Nous avons également parlé de la *marche intermittente* qu'affecte souvent la leucorrhée. Elle se manifeste deux, trois, quatre jours avant les règles, et plus encore ; puis elle est masquée par l'écoulement sanguin, et s'observe de nouveau un nombre de jours à peu près égal après l'écoulement menstruel. Il est rare que l'apparition du flux muqueux n'ait lieu qu'avant ou qu'après les règles seulement. Cependant on en voit quelquefois des exemples.

La *durée* de cette affection est illimitée. Néanmoins il n'est pas très rare, d'après les auteurs, de la voir cesser après l'époque critique ; mais c'est un point qui exige de nouvelles recherches.

Bien que les symptômes généraux décrits plus haut puissent devenir assez graves, il n'est pas d'exemple de *terminaison* funeste occasionnée par la leucorrhée. Seulement l'affaiblissement, la détérioration de la constitution dans laquelle les femmes se trouvent par suite de pertes abondantes et de longue durée, les placent dans de fâcheuses conditions pour résister aux maladies qui peuvent survenir.

[Scanzoni et la plupart des médecins allemands sont disposés à croire que la leucorrhée persistante peut amener à sa suite la métrite chronique, les fongosités vériques, la formation de corps fibreux dans les parois de la matrice, enfin toutes les affections qu'ils désignent sous la dénomination de *néoplasmes* ; car, disent ces médecins, on ne saurait concevoir la leucorrhée sans un certain degré d'exagération de la circulation utérine. Il serait important de vérifier cette opinion, car, bien qu'elle n'ait pas encore beaucoup de partisans en France, elle pourrait être fondée.]

#### § V. — Diagnostic, pronostic.

Si la perte s'est produite lentement, sans signes d'inflammation, si elle a persisté longtemps ; si, à l'examen à l'aide du spéculum, *qui est toujours nécessaire*, on trouve le vagin et le col à l'état sain, et en même temps, soit un écoulement aqueux ou albumineux venant de l'utérus, soit un écoulement blanc crémeux produit par la muqueuse vaginale, soit l'un et l'autre, ce qui est plus fréquent, on ne peut douter qu'il n'y ait une simple leucorrhée.

Si les écoulements que nous venons d'indiquer existent avec des lésions du col ou de la muqueuse vaginale, ce qu'on ne voit que dans une faible minorité des cas, on a bien des motifs de regarder encore la maladie comme une simple leucorrhée, et les lésions comme des complications.

Si, au contraire, l'écoulement est puriforme, il faut le considérer comme inflammatoire, et voir dans la maladie une vaginite, car rien, dans l'état actuel de la science, ne nous autorise à penser que le pus ou le muco-pus puisse se former en l'absence de toute inflammation.

Il est un point qui, au premier abord, paraît plus difficile à décider. Une femme a eu une vaginite ou une blennorrhagie bien évidente ; au bout d'un certain temps, l'écoulement passe à l'état chronique et finit par prendre l'aspect dont nous avons parlé plus haut. Doit-on voir, dans un cas pareil, une prolongation de l'inflammation, et alors même que l'écoulement est albumineux ou crémeux et que les parties sont à l'état normal, faut-il considérer l'affection comme une vaginite chro-



nique ? Sans doute lorsque la maladie est, pour ainsi dire, sur la limite d'un état à l'autre, on peut être embarrassé. Mais lorsque l'écoulement muqueux est bien établi, on ne saurait hésiter à regarder la maladie comme une simple leucorrhée. Une pareille transformation, due sans doute à la longue habitude d'une sécrétion anormale, n'a rien, en effet, qu'on ne puisse facilement comprendre.

La distinction des écoulements vaginaux d'avec ceux qui viennent de la cavité utérine est pour la pratique d'une importance incontestable. Pour arriver à ce diagnostic différentiel, sans recourir au spéculum, dont l'emploi peut rencontrer de vives résistances, le docteur Reclam (1) a étudié comparativement les taches produites sur le linge par le mucus vaginal et par le mucus utérin. Voici le résultat de ses recherches : Le produit de sécrétion de l'utérus est vitreux ; il est épais, gélatiniforme, filant ; il colle au doigt et montre à l'examen microscopique un grand nombre de ces corps qu'on décrivait jusqu'à ce jour sous le nom de *globules muqueux*. Le mucus vaginal est plus opaque, plus fluide ; il est blanc (excepté pendant les règles), crémeux ; le microscope y fait découvrir non-seulement une grande quantité de cellules épithéliales, mais encore de petits lambeaux de membrane muqueuse ; quelquefois même on aperçoit ces lambeaux à l'œil nu. L'odeur ordinaire et bien connue de ce mucus est elle-même changée et devenue semblable à celle du savon blanc. Les taches produites sur le linge par le mucus utérin sont dures, arrondies pour la plupart, brillantes (comme des taches de gomme arabique sur du papier), légèrement grisâtres ou rougeâtres. Les taches faites par le mucus vaginal ressemblent plutôt à celles que produit l'écoulement lochial vers la fin des touches ; elles sont larges, mal circonscrites, n'ont généralement pas de brillant et sont toujours d'un gris sale ou brunâtre.

Ces signes caractéristiques cessent de pouvoir être appréciés avec quelque exactitude dans le cas où la malade se livre à un exercice considérable, dans le cas où le linge qu'on examine a été porté pendant plus d'un ou de deux jours plus, etc.

Nous n'avons rien à ajouter, relativement au pronostic considéré d'une manière générale, à ce que nous avons dit plus haut à propos de la terminaison de la maladie. Nous nous bornerons à dire ici que plus la maladie a duré, moins on a de chances de la faire disparaître, et que lorsque la constitution paraît détériorée, que l'écoulement par conséquent est continu et abondant, on a de grands motifs de craindre que les traitements les plus actifs n'échouent.

## § VI. — Traitement.

Le traitement de la leucorrhée devait nécessairement se ressentir du peu de précision avec laquelle on a défini la maladie. Dans les descriptions des auteurs, rien qui s'applique à un état déterminé : tantôt il s'agit de blennorrhagies aiguës ou chroniques ; tantôt de vaginites par excitation directe ; tantôt de véritables flux muqueux, sans que le plus souvent il soit possible de savoir ce qui s'applique à l'un ou à l'autre de ces divers états.

Considéré d'une manière générale, le traitement de la leucorrhée est diffé-

(1) *Neue Zeitung für Medicin und medicinal-Reform*. Nordhausen, novembre 1848.

suivant l'intensité et la durée de la maladie. Ainsi, lorsque la maladie est légère, on se contente d'un traitement local qui consiste dans des *injections astringentes* (avec le *sulfate de zinc*, l'*acétate de plomb*, la *noix de galle*, le *tannin*, etc.). Lorsque, au contraire, l'affection dure depuis longtemps, que l'écoulement est abondant, et que les malades sont notablement débilités, on a recours en même temps à un traitement général où figurent les *toniques*, les *amers*, les *ferrugineux*.

Ce'a posé, présentons quelques moyens particuliers dont l'application peut être utile.

**Toniques.** — Le *quinquina* est de tous les toniques celui dont on fait le plus fréquent usage ; on le donne seul ou associé à d'autres substances. Voici la formule conseillée par le docteur Formey (1) :

℞ Alun .....	} à 2 gram.	
Fleurs de sel ammoniacal martiales.....		
Extrait de quinquina préparé à froid.....		
Poudre aromatique.....		
Huile de cannelle.....		12 gouttes.

f. s. a. des pilules de 0,10 gram.

Dose : de cinq à dix, matin et soir.

Tissot recommandait une préparation dont le quinquina fait partie, et qu'il désignait sous le nom d'*électuaire antileucorrhéen*. En voici la formule :

℞ Poudre de quinquina..... 15 gram.	Poudre de cachou..... 4 gram.
— de macis..... 4 gram.	

Mélez et incorporez dans :

Electuaire de roses rouges.... 45 gram.	Essence de cannelle ..... 2 gouttes.
— de romarin..... 15 gram.	

Ajoutez :

Sirop d'épicarpes d'oranges..... Q. s.

Dose : 4 grammes matin et soir.

Un régime substantiel, l'usage du vin de Bordeaux en petite quantité favorisent le traitement tonique.

**Ferrugineux.** — La *limaille de fer*, le *carbonate*, le *sulfate*, etc., ont été tour à tour employés, sans que les expériences aient été faites de manière à nous apprendre si un de ces moyens réussit mieux que les autres.

Le *sirop chalybé* de Willis a joui d'une assez grande réputation ; il est préparé comme il suit :

℞ Sulfate de fer..... 1 partie.

Dissolvez dans :

Eau bouillante..... 8 parties.

Filtrez, et faites fondre dans le liquide :

Sucre blanc..... 16 parties. | Gomme arabique en poudre. 2 parties.

Dose : de 30 à 60 grammes par jour.

(1) Voy. Meist, *Encykl.*, t. II.

**Balsamiques.** — On a beaucoup vanté l'efficacité de divers baumes, comme le *copahu*, les *baumes du Pérou*, de *Tolu*, la *térébenthine de Venise*. Walsh associait cette dernière substance au fer et à d'autres médicaments, dans les pilules suivantes qui ont eu de la célébrité :

✕ Térébenthine de Venise...	} àà 8 gram.	Gomme kino .....	} àà 6 gram.
Extrait de gentiane.....		Sulfate de fer.....	

Mélez. Faites des pilules de 0,10 gram. Dose : quinze, trois fois par jour.

Le *baume de copahu* s'emploie de la manière qui a été indiquée à l'article *Blennorrhée*. Lorsque l'estomac ne peut pas le supporter, on a conseillé de mettre en usage le *suppositoire* suivant :

✕ Baume de copahu solidifié.	} àà 4 gram.	Extrait d'opium.....	0,02 gram.
Beurre de cacao.....			

Employer ce suppositoire matin et soir.

Les baumes du Pérou et de Tolu sont employés à des doses variables que le médecin fixe suivant les cas. Le docteur Lhéritier (1) a beaucoup vanté l'emploi du *styrax*, qu'il prescrit, soit en *pilules*, soit sous forme de *sirop*, ainsi qu'il suit :

#### *Pilules de styrax.*

✕ Styrax purifié.....	30 gram.		Poudre de réglisse.....	Q. s.
-----------------------	----------	--	-------------------------	-------

Mélez. Faites des pilules de 0,40 gram. Dose : d'abord trois, puis progressivement jusqu'à six, matin et soir.

#### *Sirop de styrax.*

✕ Styrax liquide.....	60 gram.
-----------------------	----------

Faites digérer pendant douze heures dans :

Eau simple.....	1000 gram.
-----------------	------------

Passez, filtrez et faites fondre :

Sucre.....	2000 gram.
------------	------------

Dose : de quatre à six cuillerées par jour.

**Poivre cubèbe.** — L'administration du poivre cubèbe ne présente rien qui n'ait été suffisamment indiqué aux articles *Blennorrhagie* et *Blennorrhée*; il serait inutile d'y revenir ici.

**Iode.** — L'opinion que les fleurs blanches attaquent principalement les femmes d'un tempérament lymphatique a dû nécessairement engager à avoir recours à l'iode. Aussi bon nombre d'auteurs ont-ils préconisé ce médicament; on peut voir à l'article *Scrofules* (tome I<sup>er</sup>, p. 392) comment il convient de l'administrer. Nous nous contenterons d'indiquer ici quelques préparations spécialement dirigées

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1832.

de la maladie qui nous occupe. Pierquin a vanté l'efficacité de la *teinture triiodate de fer* dont voici la formule :

iodure de fer.....	8 gram.	Eau pure.....	64 gram.
alcool rectifié.....	64 gram.		

: quinze ou vingt gouttes dans la journée, dans une infusion de saponaire, de etc.

Le même auteur recommande les *tablettes d'hydriodate de fer* préparées ainsi :

hydriodate de fer.....	4 gram.	Sucre pulvérisé.....	250 gram.
amidon pulvérisé.....	16 gram.	Mucilage de gomme adragant...	Q. s.

soixante-deux cent quarante tablettes. Dose : de huit à dix par jour.

*Seigle ergoté.* — L'action spéciale du seigle ergoté sur l'utérus a engagé à le mettre en usage contre les fluxes blanches, et l'on a cité des cas où il a été presque avec succès. Le docteur Dufresnois vante l'efficacité de l'élixir suivant :

seigle ergoté bien sec.....	16 gram.	Essence de menthe.....	4 gouttes.
alcool à 25 degrés.....	120 gram.	Eau pure.....	Q. s.
sucre blanc.....	120 gram.		

On macère le seigle ergoté dans l'alcool pendant dix-huit heures ; filtrez et mettez cette teinture de côté. Ensuite faites bouillir deux fois le résidu resté sur le filtre, et collez. Réduisez les colatures à 240 grammes, au bain-marie ; faites dissoudre le sucre, et laissez refroidir. Ajoutez alors la teinture alcoolique d'abord obtenue, et l'essence de menthe. Mélesez, filtrez et mettez pour l'usage. Dose : trois cuillerées par jour.

On nous a cités cette formule parce qu'elle a à la fois une action tonique et une action spéciale du seigle ergoté. Mais le plus souvent on emploie l'ergot de seigle comme dans la métrorrhagie où nous le retrouverons.

La *sabine*, qui a également une action spéciale bien connue, a été aussi mise en usage, surtout dans les cas où les règles sont supprimées, et où les fluxes blanches semblent les avoir remplacées.

De Kind en avait déjà fait connaître les avantages en pareil cas ; Gunther et ses imitateurs ont adopté cette pratique, et il y a quelques années M. Aran (1) a fait connaître des observations de M. Fantonetti (2) qui démontrent les bons effets de cette substance.

On administre la poudre en pilules à la dose de 30 à 50 centigrammes, rarement plus, trois fois par jour. Son action est très prompte.

On a aussi prescrit la préparation suivante :

Sabine.....	8 gram.	Extrait aqueux d'aloès.....	1,25 gram.
Fer en poudre.....	4 gram.	Mucilage de gomme adragant.	1,50 gram.

Mélangez. Faites des pilules de 0,10 gram. Dose : de trois à quatre, deux ou trois fois par jour.

Enfin nous pourrions citer les *astringents*, comme l'*alun*, l'*acétate de plomb*,

(1) *Gazette des hôpitaux*, décembre 1845.

(2) *Annali univ. di medicina*.

le *tannin*, l'*extrait de ralanhia*, la *décoction de racine d'aunée* recommandée par Delens, qui a cité à l'appui un cas peu concluant, parce que l'état de la maladie n'est pas suffisamment décrit; l'infusion de *busserole*, de *millefeuille*; l'*acide hydrochlorique*; le *colchique*, la *noix vomique*; la *ciguë*, qui a sans doute été prescrite dans des cas où l'écoulement était dû à une affection organique, etc. On n'aurait pas si l'on voulait donner la liste complète des médicaments proposés, malheureusement le plus souvent sans que leur degré d'action puisse être suffisamment apprécié. C'est pourquoi nous nous contenterons de citer, avant de passer au traitement local, la formule suivante proposée par Rust, et qui contient des substances de nature très diverse :

℞ Bol d'Arménie . . . . . { à 24 gram. | Oléo-saccharure de macis. . 24 gram.  
Hydrochlorate de magnésie. { Rhubarbe en poudre. . . . . 1,25 gram.

Mélez. Faites une poudre. Dose : une cuillerée à thé, trois fois par jour.

*Traitement local.* — En même temps qu'on fait prendre ces remèdes à l'intérieur, on prescrit généralement un traitement local plus ou moins actif, et qui consiste principalement en injections avec la plupart des diverses substances qui viennent d'être passées en revue.

*Injectons diverses.* — Les injections avec 0,03 à 0,10 gram. de *nitrate d'argent* par 30 grammes d'eau sont assez fréquemment mises en usage. Mais dans cette prescription les auteurs ont eu principalement en vue les blennorrhagies chroniques, en sorte qu'il serait impossible de se prononcer rigoureusement sur la valeur de ce moyen dans les cas particuliers dont nous nous occupons. Dans une communication à l'Académie des sciences (1), M. Legrand a vanté les bons effets d'une pommade au *nitrate d'argent* (de 1 à 5 centigrammes de sel pour 1 gramme de *cérat sans eau*) qu'on porte dans le vagin avec le doigt introduit dans un trou de linge où se trouve le médicament. Rien ne prouve que ce moyen ait plus d'efficacité que les injections.

M. Nélaton (2) se sert avec beaucoup de succès des injections avec le *sulfate de cuivre* faites comme il suit :

℞ Sulfate de cuivre. . . . . 1 gram. | Eau. . . . . 400 gram.

Une injection matin et soir.

Girtanner employait la *potasse caustique* en solution de la manière suivante :

℞ Potasse caustique. . . . . 0,30 gram. | Opium pur. . . . . 0,20 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau pure. . . . . de 300 à 600 ou 900 gram.

suivant qu'on veut agir avec plus ou moins d'activité.

(1) Séances de l'Académie des sciences, 27 octobre 1846. Voy. *Union médicale*, mai 1847.

(2) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1<sup>er</sup> décembre 1852.

Pringle recommandait l'injection suivante :

℞ Sulfate de zinc . . . . . 8 gram. | Alun calciné . . . . . 8 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau pure . . . . . 500 gram.

*Baume de copahu.* — M. Taddei (1) emploie en injections, jusqu'à 150 grammes de baume de copahu uni à 260 grammes d'émulsion d'huile d'amandes douces et de gomme arabique. Il faut, pour que ces injections réussissent, que le liquide soit en contact avec toute l'étendue de la muqueuse vaginale, et par conséquent qu'elles soient faites, les malades étant couchées sur le dos, les jambes et les cuisses écartées.

Les injections avec l'ammoniaque étendue d'une grande quantité d'eau (2), avec une solution de borax, de sulfate de soude (Trousseau) ; avec le chlorure de calcium, l'eau de chaux, la décoction de noix de galle, d'écorce de chêne, de feuilles de noyer, ont été également pratiquées.

Le docteur Reclam (3), après avoir énuméré les différents moyens employés contre le catarrhe utérin, depuis les injections d'eau jusqu'au fer rouge, rejette toutes ces médications comme *maladroitement systématiques*, et en propose une qui s'adresse, selon lui, à la cause même du mal. Voici en quoi elle consiste : étant admis que « les écoulements utérins reconnaissent pour origine un état particulier des nerfs de la matrice, c'est à ces derniers que la thérapeutique doit s'adresser. Or, les nerfs de l'utérus viennent du plexus hypogastrique ; le vagin, au contraire, emprunte quelques filets aux troisième et quatrième paires sacrées. Mais, poursuit l'auteur, nonobstant cette particularité anatomique, tous les praticiens connaissent l'influence réciproque que les nerfs de la queue-de-cheval et les organes génitaux exercent les uns sur les autres. » Aussi a-t-il été conduit à appliquer les *moyens révulsifs* vers la partie inférieure du canal vertébral.

Nous verrons, aux articles *Dysménorrhée* et *Névralgie utérine*, la raison des succès obtenus par Reclam et par M. Mitchell, qui emploie, comme on va le voir, la cautérisation lombaire au fer rouge dans les mêmes circonstances. Nous avons signalé, en effet, la *névralgie lombo-utérine* comme une cause de leucorrhée, et c'est en guérissant la névralgie par ces moyens qui lui conviennent si bien, que ces auteurs ont guéri les écoulements utérins. Ces faits sont donc une confirmation édatante de ce que nous avons annoncé, et nous verrons que d'autres médecins, entre autres MM. Malgaigne et Beau, sont arrivés à des résultats analogues.

*Cautére actuel.* — M. le docteur Mitchell (4) a guéri un grand nombre de malades affectées de leucorrhée utérine ou de dysménorrhée par l'application du cautère actuel à la région lombaire. Ces faits ne surprendront pas le lecteur s'il se rappelle ce que nous avons dit relativement aux douleurs névralgiques lombo-abdominales, qui simulent les maladies de l'utérus, et aux écoulements qu'elles

(1) *Bolletino delle scienze mediche di Bologna*, 1847.

(2) MERAT et DELENS, *Dictionn. universel de mat. méd. et de thérapeutique*. Paris, 1829, t. I, p. 235.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Dublin med. Press*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, février 1847.

déterminent. Depuis que nous avons fixé l'attention sur cette forme complètement méconnue de la *névralgie utérine*, les faits qui paraissent le plus inexplicables s'expliquent avec la plus grande facilité; mais M. Mitchell ne savait pas encore qu'il avait affaire uniquement à une névralgie lombo-abdominale, avec irradiation vers l'utérus, et congestion ainsi que leucorrhée consécutives; autrement il aurait vu qu'il guérissait la maladie comme on guérit les autres névralgies, en cautérisant les sources de la douleur.

Constatons néanmoins que dans ces faits, qui confirment si bien ceux que nous avons rapportés nous-mêmes (1) et ceux que, plus tard, M. Malgaigne (2) a connus, le traitement a eu un succès remarquable contre un mal regardé comme très rebelle par tous les pathologistes. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que la *cautérisation superficielle du col lui-même* a les mêmes avantages, sans avoir les inconvénients de ces cautérisations lombaires, et que l'*incision des lèvres du col*, faite par M. Malgaigne, n'a pas moins bien fait cesser la maladie. Nous reviendrons sur ces faits à propos de la *névralgie utérine*. Quant à présent nous nous bornerons à exposer la manière d'agir de M. Mitchell.

Après avoir chauffé le bouton de cautère avec une lampe à alcool, il l'applique à coups répétés sur la peau du dos : il prolonge d'autant plus le contact, que le fer est moins chaud. Il a l'habitude de toucher les téguments de la région lombaire en douze places distinctes, quatre de chaque côté, et quatre sur les apophyses épineuses mêmes.

M. Mitchell a employé cette méthode plus de soixante et dix fois déjà dans des cas de leucorrhée utérine, d'hystérie et de dysménorrhée, se rattachant à cette affection. Plusieurs de ces malades avaient des douleurs lombaires telles, qu'elles ne pouvaient marcher. Chez toutes, la leucorrhée utérine était ancienne et avait résisté à divers moyens thérapeutiques. Presque toutes ont guéri, la plupart après une seule application.

La douleur est l'élément morbide qui cède le plus rapidement à cette médication et jamais le succès n'est plus certain que lorsque cet élément prédomine, ce dont on s'assure en pressant le museau de tanche avec le doigt. Lorsqu'il y a des granulations au col, il est quelquefois besoin de toucher celui-ci avec le nitrate d'argent; mais la douleur a déjà cédé à l'application seule du cautère actuel.

On le voit, il n'y a rien là que de confirmatif de tout ce que nous avons avancé sur les douleurs névralgiques de l'utérus simulant une affection organique.

*Traitement prophylactique.* — Plusieurs auteurs se sont occupés du traitement prophylactique, mais ils se sont bornés à donner des conseils qui n'ont d'autre valeur que les opinions qu'ils s'étaient faites sur l'influence des diverses causes énumérées plus haut. Il suffit, par conséquent, de dire d'une manière générale que l'éloignement de ces causes constitue le traitement prophylactique. Nous ajouterons seulement que le séjour à la campagne, l'insolation, l'usage de légers toniques, amers, une nourriture saine et succulente, sont parmi les moyens préserveurs ceux qu'on emploie de préférence.

(1) *Bulletin général de thérapeutique.*

(2) *Revue médico-chirurgicale.*



## RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

*Traitement général.* — Toniques, ferrugineux, balsamiques, styrax, poivre, iode, seigle ergoté, sabine, astringents, moyens divers.

*Traitement local.* — Injections, caustiques, astringents, révulsifs, cautères, etc.

*Traitement prophylactique.*

## CHAPITRE III.

## MALADIES DE L'UTÉRUS.

Nous décrirons les maladies de l'utérus dans l'ordre suivant : Aménorrhée, ménorrhée, métrorrhagie, congestions utérines, métrite puerpérale, métrite interne ou du col, métrite interne ou catarrhe utérin, fongosités utérines, métrite parenchymateuse et engorgements, hypertrophie de l'utérus, hypertrophie du col, cancer, phytométrie, hydrométrie, ruptures, névralgies de l'utérus. Les maladies de cet organe seront traitées dans le chapitre suivant.]

## ARTICLE PREMIER.

## AMÉNORRHÉE.

[L'écoulement du sang menstruel n'est qu'un phénomène secondaire et qu'un élément accessoire de l'importante fonction physiologique de l'ovulation. L'ovulation peut s'accomplir sans en être accompagnée, et la fécondation peut aussi avoir lieu; mais il paraît évident, néanmoins, que la fonction n'est réellement complète que par l'écoulement d'une certaine quantité de sang, lequel écoulement, à titre de moyen de déplétion, et en quelque sorte de soupape de sûreté, pare aux dangers éventuels de la congestion utéro-ovarienne. Or, dans le fait désigné sous le nom d'aménorrhée, on devrait distinguer deux cas : celui où l'absence d'ovulation entraîne l'absence de congestion utérine et d'écoulement du sang, et celui où l'ovulation s'effectue, mais n'est accompagnée que d'une congestion insuffisante pour donner lieu à l'hémorrhagie menstruelle. Malheureusement, cette distinction n'a pas été faite, et, sans doute, elle serait difficile; mais il n'en est pas moins vrai qu'elle serait essentiellement pratique, car il y aurait lieu de soustraire aux efforts de la thérapeutique les cas de la première espèce, dans lesquels l'aménorrhée dépend de l'absence de ponte ovulaire périodique. Ces cas répondent, en effet, à une suppression de fonction et n'ont rien de commun avec ceux où la fonction essentielle persiste, moins un de ses accompagnements d'un rang secondaire. Si nous posons la question avec le regret de ne pouvoir pas tenir compte d'une distinction aussi essentielle, nous espérons toutefois qu'elle pourra être élucidée par quelques observateurs.]

Mais nous sommes étonné de voir que, dans la question de l'aménorrhée, les auteurs n'aient tenu aucun compte de la *menstruation tardive* et de la *suppression prématurée de la menstruation*. Scanzoni seul (1) a complété par cette étude la position de ce sujet, et nous nous plaisons à reconnaître l'emprunt que nous faisons à son remarquable ouvrage, en parlant de ces deux points.

### 1° MENSTRUATION TARDIVE.

Dans les climats tempérés, on peut établir que la menstruation ne s'efface en moyenne que vers l'âge de quinze ans ; mais on ne saurait toutefois considérer comme pathologiques les cas où elle est retardée jusqu'à dix-sept ans et même jusqu'à dix-huit ans. M. Brierre de Boismont a noté les âges suivants sur un relevé de 1200 femmes :

918	avaient été réglées avant l'âge de 17 ans.
127	ne l'étaient pas encore à l'âge de 17 —
90	— — — 18 —
35	— — — 19 —
30	— — — 20 —

Or, tant qu'il n'y a aucun phénomène morbide dans les cas de retard, on ne peut pas dire qu'il y a aménorrhée, et l'on peut ainsi considérer comme sans danger le retard de l'apparition des règles jusqu'à l'âge de vingt à vingt et un ans. Mais, dans le cas contraire, il faut savoir reconnaître une influence perturbatrice et la traiter en conséquence.

Parmi les causes de la menstruation tardive, il faut noter le *retard du développement* des organes sexuels internes, les *maladies prématurées des ovaires*, l'*utérus*, la *chlorose* et les *diathèses scrofuleuse et tuberculeuse*. Dans la plupart de ces cas, les signes de la puberté sont tardifs eux-mêmes, et il ne saurait être douteux que l'ovulation n'a pas lieu ; il y a inaptitude à la génération.

Mais, dans d'autres circonstances, la fonction est seulement incomplète. En l'absence de l'un de ses éléments, l'écoulement sanguin ; l'ovulation se fait néanmoins ; malgré le défaut des règles, la conception est possible. Scanzoni cite le cas suivant : Une jeune fille, âgée de vingt-deux ans, chlorotique et *non encore réglée*, mourut d'une pneumonie. A l'autopsie, on trouva dans l'ovaire une vésicule qui s'était rompue peu de temps auparavant et contenait un caillot de sang frais. De plus, les deux ovaires présentaient un grand nombre de cicatrices et certains de tout autant de ruptures vésiculaires antérieures. Nous avons nous-même une dame qui ne fut jamais réglée, qui eut trois enfants et mourut tuberculeuse vers l'âge de trente ans.

Le diagnostic de la menstruation tardive est assurément très difficile relatif au point de savoir si l'ovulation existe ou n'existe pas. Cependant il est certain que dans le premier cas, il doit y avoir développement pubère manifeste, et, d'autre part, des accidents indiquant la congestion utéro-ovarienne ; dans le second cas, ces manifestations doivent manquer.

(1) *Maladies des organes sexuels de la femme*. Paris, 1858, p. 263 et suiv.

à retard pur et simple de la menstruation, nous croyons que le médecin doit s'abstenir de tout traitement. Si, au contraire, les signes de puberté et de l'activité utérine se manifestent, il faut, par des moyens appropriés, aider à l'écoulement du sang, car la congestion de l'utérus, non dissipée par un flux sanguin, pourrait devenir cause de lésions inflammatoires ou d'altérations chroniques des ovaires.

## 2° CESSATION PRÉMATURÉE DES RÈGLES.

Les règles, au lieu de se supprimer entre l'âge de quarante-cinq à quarante-sept ans, peuvent se suspendre beaucoup plus tôt; et il convient de ne pas chercher à établir une fonction arrivée ainsi anormalement à son terme.

On doit soupçonner cette suppression prématurée, dans les conditions suivantes : 1° l'établissement de la menstruation a été hâtif; 2° s'il y a eu une maladie débilitante, et une convalescence prolongée; 3° dans les cas d'accouchements nombreux et prolongés, qui sont une cause de prompt flétrissure des organes génitaux; 4° si la ménopause est habituellement prématurée dans les ascendances; 5° en question d'hérédité.

Comme dans le cas précédent le diagnostic est difficile; mais il s'éclaire surtout dans ceux où il n'y a pas de congestion périodique de l'utérus, et dans ceux où il n'y a aucun trouble local ou général par suite de la suppression des règles. On peut ajouter que l'on tire encore des signes importants des modifications de la constitution, du tempérament et du caractère. Si la ménopause est prématurée, la santé s'affaiblit; quelques femmes maigries deviennent grasses; le tempérament change; enfin le caractère devient plus viril; la femme est devenue un être neutre.]

## 3° AMÉNORRHÉE PROPREMENT DITE.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Tous les auteurs s'accordent à donner le nom d'*aménorrhée* à l'absence, à la suppression ou à la simple diminution des règles. Cette définition doit être adoptée. Dans cet article nous ne nous occuperons que de l'aménorrhée proprement dite.

Cette maladie a reçu encore les noms de *defectus menstruorum*, *suppressio menses*, *amenorrhœa*, *menostasia*. Dans les limites que nous lui avons posées, elle ne peut pas être regardée comme fréquente, tandis que si on la considère dans une manière générale, c'est un des états morbides qui se montrent le plus

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

Presque entièrement exclu de cette description l'aménorrhée symptomatique, nous avons peu de chose à dire des causes prédisposantes, qui d'ailleurs sont peu connues. Dans les espèces qui nous restent, la cause occasionnelle est, en

effet, presque toujours suffisante pour produire la suspension de la menstruation.

Les recherches de Marc d'Espine (1) et de M. Brierre de Boismont ont prouvé que la *leucorrhée* retarde parfois notablement l'apparition des règles. On peut regarder ce retard comme une aménorrhée passagère, d'autant plus que ce n'est pas sans un certain nombre de symptômes qu'il a lieu dans beaucoup de cas.

L'*abus du coït* est une cause qui peut être regardée à la fois comme prédisposante et comme occasionnelle. Parent-Duchâtelet (2) a vu, dans ses relevés, que les filles publiques étaient sujettes à des alternatives d'aménorrhée et de métrorrhagie auxquelles on ne pouvait pas attribuer d'autre cause.

Enfin on a dit que l'aménorrhée est plus fréquente dans les villes que dans les campagnes : mais il faut reconnaître que c'est principalement à l'aménorrhée symptomatique que s'applique cette observation.

On voit que nous ne parlons ni du tempérament lymphatique et scrofuleux, du tempérament nerveux, ni de l'habitation dans les lieux humides, de la mauvaise nourriture, etc., etc. ; ces causes n'agissent, en effet, qu'en détériorant la constitution, en altérant le sang, en produisant des maladies chroniques, et en pareils cas, l'aménorrhée n'est qu'un épiphénomène qui ne mérite pas d'être considérée comme une maladie particulière.

## 2° Causes occasionnelles.

Personne n'a mieux recherché les causes occasionnelles de l'aménorrhée que M. Brierre de Boismont (3) ; aussi lui emprunterons-nous pour la grande partie les détails suivants : « On peut, dit-il, réduire à trois chefs l'ordre suivant lequel se manifeste cette aménorrhée. Les causes sont *physiques*, *morales* et *inconnues*. Voici, dans les 190 observations que nous avons recueillies, comment les faits sont divisés :

Causes physiques.	68
— morales.	92
— inconnues.	30

« De toutes les causes physiques, la plus fréquente est l'*action du froid*. Les règles s'arrêtent par l'immersion des pieds, des mains, du corps, dans l'*eau froide*..... La suppression d'un vêtement habituel, le *refroidissement lorsqu'on est en sueur*, déterminent cet accident. La *suppression de la sueur des pieds* produit plusieurs fois l'aménorrhée. Cette cause a été indiquée par le docteur M. dière, dans le mémoire qu'il a publié sur cet intéressant sujet.

« Les *coups*, les *chutes*, les *travaux*, les *indigestions*, les *fatigues*, l'*abus des médicaments* sont encore au nombre des causes que nous avons observées, mais leur action est bien plus circonscrite. Il y a des femmes chez lesquelles l'*usage des garnitures* amène la suppression des règles.....

« Les *causes morales* sont peut-être plus nombreuses que les précédentes.

(1) *Archives générales de médecine*, 2<sup>e</sup> série, t. XI, p. 5, 305.

(2) *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3<sup>e</sup> édition. Paris, 1857, t. I, p. 232.

(3) *De la menstruation*. Paris, 1842, p. 302.

sur, la frayeur, les grandes émotions, la colère, sont celles qui agissent le plus ordinairement. Les *passions* entraînent aussi très souvent l'aménorrhée. Stahl (1) est d'avis que l'aménorrhée produite par les causes morales, et surtout par la *peur*, est une des plus fréquentes.

On regrettera sans doute que M. Brierre de Boismont n'ait pas continué dans cette exposition l'analyse numérique qu'il avait commencée ; il aurait donné un grand intérêt à cette étiologie.

Nous n'avons pas parlé de l'absence ou des vices de conformation de l'utérus, parce que ces circonstances, intéressantes pour le physiologiste, le sont très peu pour le praticien.

On a vu que, dans un nombre assez considérable de cas, l'aménorrhée a lieu sans cause appréciable. Ces cas sont ceux dans lesquels on n'observe d'abord qu'une simple diminution du flux menstruel, portant soit sur son abondance, soit sur sa durée, soit, ce qui est plus ordinaire, sur l'une et l'autre à la fois.

Il résulte de ce qui vient d'être dit que la cause habituelle de l'aménorrhée produit ordinairement une suppression subite des menstrues.

On ne peut regarder comme des aménorrhées réelles que les cas où les règles, après s'être supprimées dans le cours d'une époque menstruelle, ne se reproduisent pas à une ou plusieurs des époques suivantes. S'il en était autrement, il n'y aurait qu'une suppression *passagère* dont l'importance serait moins grande.

René Vanoë (2) a cité un cas dans lequel l'aménorrhée était évidemment due à la présence de *vers lombrics dans les intestins*. Quelques vers ayant été rendus à la suite de l'emploi du calomel et des purgatifs résineux, les anthelminthiques furent administrés, une quantité très considérable d'entozoaires fut rendue, et les règles, que n'avaient pu rappeler les emménagogues les plus actifs, se rétablirent parfaitement.

### § III. — Symptômes.

Il faut avoir égard, dans la description des symptômes : 1° aux phénomènes qui surviennent immédiatement après la suppression des menstrues ; 2° à ceux qui se produisent lorsque le flux menstruel ne se reproduit pas, et 3° à ceux qui accompagnent la diminution graduelle de l'hémorrhagie mensuelle.

1° Il n'est pas très rare de voir une suppression subite des règles avoir lieu sans qu'il survienne de symptômes notables.

Dans les cas ordinaires, on observe au contraire des phénomènes marqués. On trouve dans les auteurs un grand nombre d'observations où sont consignés ces divers symptômes ; malheureusement les cas ne sont pas suffisamment spécifiés, et l'on voit rassemblés pêle-mêle des engorgements de l'utérus, des inflammations de cet organe, des aménorrhées survenues dans la chlorose, dans l'anémie ; en sorte qu'il est fort difficile de décider ce qui appartient en propre à l'aménorrhée.

Les symptômes le plus généralement observés sont les suivants : *Douleurs lancinantes du bassin*, s'irradiant plus ou moins loin, comme dans la dysménorrhée ; pesanteur vers le périnée, coliques utérines ; malaise général, inquiétude, lassitude,

1) *Theor. med. vera*, pars XIX, p. 588.

(2) *Annales de Roulers*, 5<sup>e</sup> livr., 1849.

pandiculations, horripilations, vertiges, troubles de la vue, tristesse, pesanteur de tête, dégoût pour les aliments, digestions difficiles, flatuosités.

Il est ordinaire de voir, après le temps nécessaire pour l'accomplissement de la fonction menstruelle, les symptômes qui viennent d'être indiqués se calmer, sinon disparaître entièrement. Lorsqu'ils persistent à un haut degré, ils consistent dans le malaise, la faiblesse, et souvent dans une tuméfaction du ventre, avec sonorité, ou, en d'autres termes, en un ballonnement plus ou moins considérable, qui est quelquefois de remarquable, qu'à certains moments il disparaît tout à coup ou très rapidement, pour se reproduire ordinairement au bout d'un temps plus ou moins long.

2° A l'époque menstruelle suivante, on voit le plus souvent se reproduire les accidents qui ont suivi la suppression, et, de plus, certains phénomènes sympathiques qui annoncent l'éruption des règles : le gonflement des mamelles, par exemple. Puis ces symptômes s'apaisent de nouveau, pour se montrer encore un plus ou moins grand nombre de fois aux époques suivantes. Il n'est pas très rare cependant de voir l'époque menstruelle, qui vient après la suppression, se passer sans aucun phénomène, et l'aménorrhée s'établir sans aucun accident. Dans un plus grand nombre de cas, ce n'est qu'après plusieurs époques que l'aménorrhée existe ainsi sans aucun autre signe que la suppression de l'hémorrhagie périodique.

3° Quant à l'aménorrhée qui survient progressivement et qui se manifeste, souvent sans cause appréciable, par une diminution de plus en plus considérable du flux menstruel, elle peut avoir lieu sans autre signe remarquable, comme aussi elle peut présenter à un degré variable les symptômes dysménorrhéiques qui viennent d'être passés en revue.

Lorsque l'aménorrhée est établie depuis un certain temps, on peut n'observer aucun symptôme, toutes les fonctions, sauf l'écoulement menstruel, se faisant normalement.

Mais ordinairement les femmes accusent un état maladif plus ou moins intense. Si la suppression est complète, ce sont surtout les phénomènes généraux qui attirent l'attention. La malade est affaiblie, dans un état de langueur notable, et elle présente les signes que nous avons décrits aux articles *Anémie* et *Chlorose*. Peut-on attribuer, en pareil cas, l'apparition de l'anémie à l'aménorrhée ? Cette question paraît d'une solution bien facile au premier abord ; mais si l'on examine attentivement les faits, on voit que la chlorose peut être le résultat de l'aménorrhée, comme l'aménorrhée peut être l'effet de la chlorose.

Une des suites les plus curieuses de l'aménorrhée idiopathique est, sans contredit, l'*hypertrophie de tous les tissus*. Dans ces dernières années, on en a observé deux cas très remarquables à l'Hôtel-Dieu : M. Brierre de Boismont en a publié l'histoire (1). Dans ces deux cas, il y eut suppression subite des menstrues par suite d'une vive émotion morale. Tout le corps avait pris un développement énorme, surtout chez la première malade (la nommée Marianne, qui est restée plusieurs années à l'Hôtel-Dieu). On observait en même temps des phénomènes nerveux, et il y avait eu des accidents multipliés aux époques menstruelles qui avaient suivi la suppression.

(1) Obs. 104 et 105, loc. cit.

On a cité encore, comme résultant de l'aménorrhée, divers états morbides qui sont plus curieux qu'utiles à connaître pour la pratique. Nous nous bornerons par conséquent à signaler la *coloration bleue du corps* (1) ; la *couleur noire de la peau* (2) ; des *douleurs ostéocopes* qui résistent au traitement mercuriel (cas observé par Gendrin).

Des conséquences plus graves, également signalées par M. Brierre de Boismont, qui a réuni sur ce point les faits les plus intéressants publiés par les auteurs, peuvent résulter de l'aménorrhée. Ce sont diverses *maladies mentales* : manie, lypémanie, etc. ; ou encore l'*hydrophobie*, et enfin des *névroses* très variées. Il est vrai que l'on peut se demander si quelquefois on n'a pas regardé comme s'étant produites mutuellement des affections qui étaient toutes les deux sous la dépendance d'une cause générale incomplètement recherchée ; mais n'y eût-il qu'un très petit nombre de faits dans lesquels le doute ne soit pas possible, le praticien doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de ce rapport entre l'aliénation mentale et l'aménorrhée, car rien n'est plus important pour la thérapeutique. Nous insistons sur ce point, parce que les hommes qui se sont occupés avec le plus de succès de l'aliénation mentale, et notamment Esquirol, ont accordé une grande influence aux maladies de l'utérus sur les troubles de l'intelligence.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons vu que l'aménorrhée qui s'établit après une suppression ne présente pas ordinairement cette progression que l'on observe dans celle qui se produit spontanément. Cependant il est quelques cas où il en est ainsi. A la première époque, après la suppression, l'effort menstruel que nous avons vu exister ordinairement, peut être suivi de l'expulsion d'une certaine quantité de sang qui diminue ensuite à chaque nouvelle époque, jusqu'à ce que l'aménorrhée soit complète. Quelquefois on n'observe que cette simple diminution. On voit parfois, et c'est ce que l'on a constaté principalement chez les filles publiques, une aménorrhée de courte durée (deux, trois ou quatre mois) être suivie d'une véritable ménorrhagie, puis se reproduire pour se terminer encore par le même accident.

La *durée* de l'aménorrhée ne peut être limitée. Celle qui s'établit brusquement, par suppression, dure moins longtemps, sous l'influence d'un traitement approprié, que celle qui s'est manifestée lentement et sans cause appréciable ; mais il y a de nombreuses exceptions à cette règle.

Il est assez rare de voir l'aménorrhée, et surtout celle qui a suivi une suppression des règles, se prolonger pendant toute la vie. Le plus souvent, soit spontanément, soit, ce qui est bien plus ordinaire, sous l'influence d'un traitement actif, les règles se rétablissent, et, comme nous l'avons vu plus haut, on a quelquefois à craindre que ce rétablissement n'ait lieu par une ménorrhagie.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Il n'est pas de *lésion anatomique* que l'on puisse attribuer en propre à l'aménorrhée. Sans doute, chez les femmes qui succombent après en avoir été atteintes,

(1) Brierre de Boismont, *Menstruation*, p. 221.

(2) *Journal de médecine de Corvisart*, t. V.



on trouve ordinairement des lésions importantes, soit du sang, soit de l'utérus, soit d'autres organes; mais ce sont là les traces de la maladie sous la dépendance de laquelle s'est produite l'aménorrhée, et non de l'aménorrhée elle-même; ce qui le prouve, c'est que, chez des femmes qui n'ont jamais été réglées, et même chez certaines qui ont vu disparaître leur flux menstruel établi depuis un temps plus ou moins long, on peut très bien ne trouver aucune lésion, de quelque espèce que ce soit, qui ait le moindre rapport avec l'aménorrhée. M. Vigla a communiqué à M. Brierre de Boismont l'observation d'une femme de cinquante ans qui n'avait jamais été réglée, et qui ne présentait pour toute lésion qu'un petit kyste de l'ovaire droit, bien insuffisant pour expliquer l'aménorrhée.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Une diminution notable de la quantité du sang, se montrant à un certain nombre d'époques menstruelles, ou bien une suppression complète du flux périodique, telle est la maladie. On ne pourrait, sous ce rapport, trouver de confusion possible qu'avec la dysménorrhée, qui s'accompagne assez souvent de la diminution du flux menstruel; mais une pareille difficulté ne saurait longtemps arrêter le médecin. Il suffit, en effet, de se rappeler qu'en pareil cas, il y a réunion des deux affections, et tout embarras cesse aussitôt; de cette manière, on a trois états distincts : 1° les troubles nerveux, les douleurs vives, etc., accompagnant une menstruation suffisamment abondante : c'est la *dysménorrhée simple*; 2° ces mêmes accidents survenant dans le cours de menstrues notablement diminuées : c'est l'*aménorrhée compliquée de dysménorrhée*; 3° la diminution du flux menstruel sans accidents nerveux ou congestionnels notables; c'est l'*aménorrhée simple*, qui se produit assez souvent sans cause appréciable. Quant à l'*aménorrhée complète*, aucun doute ne peut s'élever sur elle. Or, ces trois états se distinguent facilement l'un de l'autre.

La partie la plus importante du diagnostic est celle qui consiste à établir si l'aménorrhée est simple, idiopathique, ou si elle est sous la dépendance d'un état morbide ordinairement fort grave. Pour arriver à ce diagnostic, il faut se rappeler quels sont les états morbides dans lesquels la fonction menstruelle diminue d'activité ou cesse complètement de se faire. Or, nous trouvons d'abord les diverses affections chroniques, et surtout la phthisie et le cancer dans d'autres organes que l'utérus; puis la chlorose et l'anémie, résultant des causes diverses qui ont été indiquées aux articles consacrés à ces affections; puis les maladies de l'utérus, l'absence de cet organe, son atrophie, etc. Le praticien recourra aux descriptions des maladies que nous venons d'énumérer.

### § VII. — Traitement.

Il est un certain nombre de circonstances capitales auxquelles il faut avoir égard : 1° on peut être appelé pour une suppression récente qui donne lieu à quelques-uns des accidents signalés plus haut; 2° on a à traiter une aménorrhée à la suite d'une suppression ou survenue spontanément, qui donne lieu, pendant les époques menstruelles, à des troubles nerveux plus ou moins violents, ou à une certaine congestion résultant de l'effort hémorrhagique arrêté; 3° il s'agit seulement de réta-

gles supprimées ou notablement diminuées, sans qu'aucun effortique se manifeste; 4° enfin, on peut avoir à traiter ces divers états que nous avons vus suivre l'aménorrhée, tels que les névroses, l'ané-

*tement des accidents qui suivent de près la suppression.* — Lorsque, im-  
nt ou peu de temps après une suppression, il survient, ce qui est le cas le  
aire, des accidents que nous avons fait connaître dans la description des  
s, on doit d'abord, à l'aide de l'exploration directe, rechercher s'il y a  
nt de l'utérus. Si cette lésion existe, et c'est ce que l'on observe le plus  
n doit mettre en usage le traitement conseillé contre la *congestion san-*  
*utérus* (1), et de plus quelques moyens particuliers. Ainsi, on pres-  
*édiluves sinapisés*; on fera exposer le siège de la malade à la vapeur  
ouillante; on promènera des sinapismes sur les cuisses, des *ventouses*  
s les mêmes points. On appliquera aux grandes lèvres, à l'anus, un petit  
: *sangsues* (deux, trois ou quatre); on mettra en usage les moyens re-  
s pour ramener le sang vers l'utérus en assez grande abondance pour le  
r.

ndrait pas néanmoins insister sur ces moyens, s'ils n'étaient pas suivis  
r on courrait risque d'augmenter inutilement la congestion utérine; il  
t pas davantage y avoir recours, si l'on était appelé à une époque trop  
la fois du moment de la suppression et de l'époque menstruelle sui-  
on n'aurait aucun espoir fondé de faire reparaître les règles. Il vaut  
pareil cas, recourir à des émissions sanguines plus abondantes, aux  
, aux narcotiques et aux antispasmodiques, pour faire cesser les accidents,  
pour agir dans le but de rétablir les menstrues, que la nouvelle époque  
le soit proche.

: les règles se sont supprimées par suite de l'impression vive du froid sur  
ps, de l'immersion dans l'eau, etc., les *sudorifiques* et les *excitants* dif-  
nt spécialement recommandés. On prescrit l'*infusion de bourrache*, de  
e menthe, de sauge, de romarin, etc.; les préparations où entre l'*acé-*  
*noniaque*; l'*éther*; des *fumigations aromatiques* générales ou partielles.  
e la malade de *vêtements chauds*, et plusieurs médecins recommandent  
re un *exercice assez actif*, si les forces le permettent, et si le malade,  
, parfois un léger mouvement fébrile, ne viennent pas s'y opposer. Le  
ne transpiration locale supprimée se fait en entourant la partie de flancle  
tas gommé, suivant la manière d'agir indiquée par Mondière pour re-  
transpiration des pieds. On peut en voir les détails à l'article *Epistaxis*  
page 247).

*tement de la suppression plus ou moins ancienne, avec symptômes de*  
*au moment des règles.* — Le même traitement est parfaitement appli-  
cas où, pendant les époques qui suivent la suppression, des symptômes  
t locaux d'éruption menstruelle difficile viennent à se manifester. Comme  
ordinairement la manière dont les choses se sont passées aux époques  
s, on n'est pas obligé d'attendre, pour mettre en œuvre les moyens qui

constituent ce traitement, que les accidents se soient produits ou aient pris un grand accroissement ; mais quatre, cinq ou six jours avant l'époque où les règles devraient apparaître, on prescrit les *pédiluves*, l'*exposition du siège à la vapeur de l'eau bouillante*, les *sangsues en petit nombre*, les *narcotiques*, les *antispasmodiques* ; en un mot, un certain nombre des moyens précédents choisis suivant la prédominance de tel ou tel symptôme.

Il faut, dans le cas particulier dont nous parlons, insister davantage sur les moyens propres à produire vers l'utérus un effort hémorrhagique. On mettra surtout en usage de légers *emménagogues* ; et l'on aura recours à des topiques chauds sur les parties génitales, à des *sinapismes* promenés sur les cuisses, ou encore à des *fumigations excitantes*, la suivante par exemple :

℞ Absinthe . . . . .	} à 30 gram.	Eau bouillante . . . . .	1000 gram
Armoise incisée . . . . .			

Faites infuser. Dirigez la vapeur vers les parties sexuelles.

Le docteur Chrestien (1) nous apprend qu'il est parvenu à rappeler les règles, dans des cas où il y avait éréthisme nerveux, en faisant faire toutes les deux heures, sur les parties supérieures et internes des cuisses, des frictions avec une *teinture antispasmodique* qu'il prépare ainsi :

℞ Opium . . . . .	0,40 centigr.
Alcool . . . . .	32,00 gram.

Cette quantité peut être employée dans les vingt-quatre heures.

M. Gibson (2) cite plusieurs cas où, sous l'influence des *inhalations de chloroforme*, les règles reparurent chez des femmes atteintes d'aménorrhée ; aussi ce médecin n'hésite pas à recourir à ce moyen dans les cas de dysménorrhée ou d'aménorrhée par suppression, quand il n'existe pas d'inflammation.

3° *Traitement de l'aménorrhée par atonie des organes génitaux.* — Les moyens mis en usage dans le but de rendre plus abondantes les règles notablement diminuées, ou de les rétablir lorsqu'elles sont supprimées, sont sans contredit les plus nombreux, car dès longtemps les médecins, frappés de la nécessité d'entretenir l'écoulement menstruel, et des accidents si variés qui résultent de sa suppression, se sont efforcés d'enrichir la médication *emménagogue* dont nous allons nous occuper.

C'est surtout à l'aide de substances prises à l'intérieur qu'on cherche à rétablir les règles ; mais il ne doit évidemment être question ici que des médicaments qui, dans l'opinion de tous les médecins, ont une action spéciale sur l'utérus, et doivent être employés dans les cas d'aménorrhée idiopathique, ou, suivant l'expression de quelques auteurs, d'aménorrhée *par atonie des organes génitaux*.

*Ruc, sabine.* — L'*infusion* de ces substances, qui jouissent de la propriété *emménagogue*, est d'un usage général ; voici comment on les prépare :

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 15 juin 1852.

(2) *Philadelphia med. Examiner*, 1852.

℥ Rue fraîche . . . . . 4 gram. | Eau bouillante . . . . . 1000 gram.

Faites infuser pendant dix minutes. A prendre par tasses, avec addition de quantité suffisante de sirop de gentiane pour chaque tasse.

℥ Sabine fraîche . . . . . 2 ou 3 gram. | Eau bouillante . . . . . 1000 gram.

Faites infuser, et administrez *ut supra*.

Si l'on faisait l'infusion avec les *plantes sèches*, il faudrait réduire de moitié la dose de la substance médicamenteuse.

Desbois (1) recommandait vivement la potion suivante qui a eu une assez grande réputation, et dans laquelle l'*armoïse* se trouve jointe aux substances qui viennent d'être indiquées :

℥ Huile essentielle de rue . . } à à 0,30 gram. | Sucre . . . . . 30 gram.  
— de sabbine . }

Triturez dans un mortier de verre, et ajoutez :

Eau distillée d'armoïse . . . . . 160 gram. | Eau distillée de fleur d'oranger . . 16 gram.

Dose : une cuillerée toutes les deux heures.

Tommasini (2) recommande d'unir la *sabine* à la dose de 1,25 gram. à de petites doses d'*aloès*.

La *rue* se donne également en potion, ainsi qu'il suit. Par exemple :

℥ Eau distillée de menthe } à à 60 gram. | Teinture de safran . . . . . 20 gouttes.  
— poivrée . }  
— de rue . . . }

Sirop d'armoïse . . . . . 30 gram.

Mélez. A prendre par cuillerée toutes les deux heures.

Ce qu'il y a surtout d'important à observer dans l'emploi de ces médicaments, comme aussi de tous les autres emménagogues, c'est de ne les donner que dans des cas où l'on est bien sûr qu'il n'y a aucune congestion de l'utérus, ou si cette congestion existe, et si l'on pense que l'effort hémorrhagique a besoin d'être un peu augmenté, d'agir avec beaucoup de ménagements, car, ainsi que l'ont constaté beaucoup de praticiens, et Soyer en particulier (3), si l'on manque de prudence dans un cas semblable, on peut occasionner les plus graves accidents. Ces accidents, dans un cas cité par Soyer, allèrent jusqu'à la plus grande agitation, à une fièvre ardente, au délire et aux syncopes.

Après ces emménagogues proprement dits, auxquels il faut joindre l'*armoïse*, nous citerons les plantes aromatiques que nous avons déjà mentionnées, le *safran*, de légers purgatifs, etc. ; médicaments qui n'ont qu'une action adjuvante, et dont l'administration est des plus faciles.

Chapman et Morris (4) conseillent la décoction de *polygala senega* à la dose de 4 onces (120 grammes) plus ou moins dans les vingt-quatre heures, et en élevant

1) Alibert, *Éléments de thérapeutique*, t. II.

2) Voyez *Journal hebdomadaire de médecine*, 1834.

3) *Essai sur l'aménorrhée*, thèse. Paris, 1831.

4) *Philadelphia med. Examiner*, 1851.

quelquefois la dose à 2 onces (60 grammes) toutes les heures à l'approche de l'époque menstruelle, mais en laissant ordinairement un intervalle d'une semaine ou deux, afin de ne pas dégoûter les malades.

Cette décoction se prépare en jetant une once (30 grammes) de racine concassée dans 500 grammes d'eau bouillante en un vase clos, et en réduisant ensuite au tiers par évaporation. On peut ajouter un amer aromatique à cette décoction pour s'opposer à ses effets nauséux.

*Aconit.* — Le docteur West (1), ayant remarqué, dans deux cas où l'on avait administré l'aconit, que les règles supprimées s'étaient parfaitement rétablies, donna cette substance dans plusieurs autres cas d'aménorrhée, dans lesquels la suppression datait de plusieurs mois, et vit encore les menstrues se rétablir promptement. Aussi propose-t-il d'employer ce médicament, comme emménagogue, de la manière suivante :

℞ Extrait aqueux d'aconit. . . . . 1,50 gram.

Faites trente pilules. A prendre ainsi qu'il suit :

On commence l'administration des pilules, huit jours avant l'époque ordinaire de la menstruation, par une pilule dans la journée ; le lendemain, on en prescrit deux, et l'on augmente la dose d'une pilule par jour, de manière que le jour où les règles devraient apparaître, la malade en prenne huit.

Les faits cités par West ne sont pas nombreux ; il serait nécessaire qu'ils fussent multipliés. Nous ne saurions, par conséquent, nous prononcer rigoureusement sur cette médication, et nous ajouterons que le docteur West n'a vu aucun accident résulter de ce mode d'administration de l'aconit.

On a encore prescrit la *belladone*, recommandée d'abord par Ever (2), et puis par Sundelin et Mendc ; la *jusquiame*, et d'autres narcotiques. Le docteur Richter unit la *belladone* au *calomel*, mais l'emploi de ces médicaments ne doit pas nous arrêter plus longtemps, parce que les cas où on les a administrés ne sont pas suffisamment spécifiés d'une manière générale : les médicaments narcotiques conviennent particulièrement lorsqu'il existe des douleurs vives et une agitation marquée.

*Iode.* — L'iode a été très vanté comme emménagogue il y a quelques années. Les docteurs Coindet, Brera (3), Sablairolles, Récamier et Trousseau (4), ont surtout insisté sur ses heureux effets dans l'aménorrhée. Suivant M. Trousseau (5), néanmoins, l'iode ne convient parfaitement que chez les femmes bien colorées dont les règles sont simplement diminuées et coulent sans douleur, ce qui est le cas le plus rare. Cet auteur recommande la teinture d'iode, administrée ainsi qu'il suit :

℞ Teinture d'iode. . . . 25 à 30 gouttes. | Strop de fleur d'oranger. . . . . 30 gram.  
 Infusion de menthe. . . . 120 gram.

A prendre dans la journée, par cuillerées à bouché.

(1) Note sur les propriétés emménagogues de l'aconit (*Arch. gén. de méd.*, 2<sup>e</sup> série, t. VIII, p. 427).

(2) *Nov. Act. nat. cur.*, novembre 1791.

(3) *Saggio clin. sull' iodio*. Padova, 1822.

(4) *Journal des connaissances médicales*, novembre 1835.

(5) *Traité de thérapeutique*, 6<sup>e</sup> édition. Paris, 1858, t. 1, p. 269 et 271.

Il faut, ajoute M. Trousseau, continuer l'emploi de ce moyen pendant deux ou trois mois. Nous devons faire remarquer que, dans les cas cités, on ne s'est pas borné à administrer l'iode, qu'on a eu au contraire ordinairement recours à d'autres moyens actifs, ce qui rend douteuse l'efficacité de cette substance, et exige de nouvelles expériences.

Suivant M. Trousseau, la *mixture d'hydriodate de potasse* de M. Wallace est une préparation qui convient dans les cas où l'iode est indiqué. En voici la formule :

℞ Iodure de potassium . . . . . 8 gram. | Eau distillée . . . . . 250 gram.

Dose : une ou deux cuillerées à bouche chaque jour.

M. Trousseau (1) emploie aussi, au moment où se produisent les congestions spontanées vers l'utérus, qui marquent les époques menstruelles, la *teinture d'iode* à la dose d'un gramme par jour dans un julep. Quelquefois les règles sont provoquées en vingt-quatre heures ; mais il n'est pas dit, dans les observations que nous avons sous les yeux, si d'autres moyens n'ont pas été employés dans les intervalles.

*Seigle ergoté.* — Le seigle ergoté n'a pas été oublié dans le traitement de l'aménorrhée, et nous voyons ainsi ce médicament être prescrit dans les affections utérines les plus opposées sous tous les rapports. Les docteurs Tracher (2), Weil, etc., en ont vanté les bons effets, mais ils n'ont pas spécifié les cas ; en sorte que nous restons dans l'incertitude. L'administration du seigle ergoté ne diffère pas de celle que nous avons indiquée à l'article *Leucorrhée* (Voy. p. 47).

*Strychnine.* — Les docteurs Bardsley (3) et Churchill (4) ont mis en usage la strychnine, et le dernier de ces auteurs cite un cas où, au bout de peu de temps, la menstruation, supprimée depuis dix mois, s'est rétablie à la suite de l'administration de la strychnine, à la dose de 4 à 5 milligrammes, trois fois par jour, pour commencer, puis, en augmentant avec prudence, à celle de 6 à 7 milligrammes, également trois fois par jour. Administré avec précaution, ce médicament peut être essayé, mais il serait prématuré de se prononcer sur son degré d'efficacité avant de nouvelles observations.

*Cantharides.* — On a encore administré les cantharides sous forme de teinture ou de poudre, et le docteur Dewees (5) a cité quelques cas où ce médicament a pu réussir ; mais, ainsi que le font remarquer les auteurs du *Compendium de midwifery*, cette substance est trop dangereuse pour qu'on puisse la recommander en l'absence de faits plus nombreux et plus concluants.

*Vomitifs, purgatifs.* — Peu d'auteurs ont conseillé ces moyens. Cependant, parmi les vomitifs, l'*ipécacuanha*, préconisé par Guilbrand, a joui de quelque réputation comme emménagogue, et de légers purgatifs ont été assez souvent employés. Parmi eux, on choisit ceux qui agissent spécialement sur le gros intestin

(1) Voyez Duclos, *Bulletin général de thérapeutique*, t. XXXI, novembre 1846.

(2) *The Journal of sciences*, etc. London, 1816.

(3) *Hosp. facts and observ.* London, 1830.

(4) *The Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1834.

(5) *A compend. syst. of midwifery.* Philadelphia, 1826.

comme le *jalap*, la *gomme-gutte*, et surtout l'*aloès*, qui fait partie d'un grand nombre de préparations emménagogues. Chaumet (de Bordeaux) l'unit à la gentiane et au *calomel*, ainsi qu'il suit :

℞ Extrait de gentiane..... 0,15 gram. | Calomel à la vapeur..... 0,05 gram.  
Aloès socotrin..... 0,05 gram. |

F. s. a. vingt pilules semblables. Dose : une matin et soir.

Nous pourrions encore citer des purgatifs plus énergiques, et en particulier le *vin de coloquinte*; mais l'emploi des médicaments de cette espèce est trop incertain.

*Moyens divers.* — Beaucoup d'autres médicaments ont été mis en usage contre l'aménorrhée : nous citerons entre autres le *raifort sauvage*, la *garance* vantée par Fontcka, le docteur Dewees, etc.; la *térébenthine* par la bouche ou en lavements (Elliotson), le *borax* (Hufeland), la *myrrhe*, l'*ellébore noir*, etc. Les documents que nous possédons sur l'emploi de ces substances sont peu précis.

*Préparations d'or.* — On sait que les préparations d'or ont été vantées comme antiscrofuleuses; aussi est-ce dans les cas où l'on prescrit l'*iode*, c'est-à-dire lorsqu'on a des motifs de soupçonner que l'aménorrhée est sous la dépendance d'un vice scrofuleux, qu'on donne ce médicament. Voici les formules recommandées par Chrestien :

*Pastilles de cyanure d'or.*

℞ Cyanure d'or..... 0,10 gram. | Pâte de chocolat..... 32 gram.

F. s. a. vingt-quatre pastilles. Dose : d'une à quatre par jour, progressivement.

*Pilules de cyanure d'or.*

℞ Cyanure d'or..... 0,05 gram. | Extrait de daphne mezereum. 0,15 gram.

Mêlez, et avec :

Poudre de guimauve..... Q. s.

Faites quinze pilules de 0,20 gram. Dose : d'une à trois par jour, progressivement.

Nous ne pourrions que répéter ici ce que nous avons dit (tome I<sup>er</sup>) dans l'histoire des *scrofules*, à propos des préparations d'or; nous ajouterons que ces préparations doivent toujours être maniées avec beaucoup de prudence, et qu'on ne doit en élever la dose que lentement.

*Moyens externes.* — Nous avons déjà parlé des divers moyens mis en usage pour attirer le sang vers l'utérus (ventouses sèches, pédiluves sinapisés, sangsues en petit nombre, etc.) : il nous reste à indiquer quelques moyens externes dont quelques-uns sont beaucoup plus actifs et qu'on a plus ou moins vantés.

*Électricité.* — A l'époque où l'électricité fut employée contre toutes les maladies dans lesquelles on supposait l'atonie d'un organe, on dut naturellement la mettre en usage contre l'aménorrhée. On trouve dans les divers recueils un assez grand nombre de faits dans lesquels on voit les règles longtemps suspendues paraître après un plus ou moins grand nombre de secousses électriques dirigées à



vers le bassin. Ce moyen est, selon toutes les apparences, beaucoup trop négligé d'aujourd'hui, et il serait à désirer qu'on l'expérimentât de nouveau avec toute la prudence nécessaire. La meilleure manière de le mettre en usage est de se servir de l'instrument de Clarke, de celui de M. Duchenne, ou de celui des frères Breton, et de diriger un courant intermittent des lombes à l'hypogastre, ou même directement sur l'utérus, par le vagin. Le docteur Kholodovitch (1) cite un cas remarquable de rétablissement de menstrues depuis assez longtemps supprimées. Il ne faut qu'un petit nombre de secousses pour faire reparaître les règles. Avant cet auteur, Clarke (2) et un bon nombre d'autres avaient, à l'aide de faits semblables, établi l'utilité du galvanisme. M. Rayer (3) a observé récemment deux cas de guérison rapide par ce moyen, qui convient surtout dans les cas de débilité des organes génitaux.

**Vésicatoires.** — Les vésicatoires ont été principalement recommandés par le docteur Graves. Il veut qu'on les applique à la surface interne des cuisses, deux ou trois jours avant l'époque à laquelle la femme attend ses règles. La plupart des praticiens préfèrent le sinapisme au vésicatoire, et les recherches n'ont pas été assez faites pour qu'on puisse se prononcer sur ce point.

**Injectons ammoniacales.** — On a été jusqu'à prescrire des injections avec l'ammoniaque dissoute dans une certaine quantité de liquide. Ainsi Lavagne (4) recommande de fréquentes injections avec le liquide suivant :

℥ Lait chaud . . . . . 2 cuillerées. | Ammoniaque liquide . . . . 10 à 12 gouttes.

M. Nicato indique la formule suivante :

Ammoniaque . . . . . 40 gouttes. | Décoction d'orge . . . . . 400 gram.  
Mucilage de gomme arabique. 15 gram.

Mél. Pour quatre injections par jour.

Broussonnet (5) a employé ce moyen avec succès chez une jeune fille de vingt ans, qui avait vainement eu recours pendant six mois à d'autres médications. Ce médecin recommande de faire les injections trois ou quatre fois par jour, deux ou trois jours avant l'époque des règles, et à les cesser dès que celles-ci paraissent. Chaque injection doit produire une sensation un peu douloureuse, et ne réussir qu'à cette condition. On doit donc augmenter ou diminuer la quantité d'ammoniaque pour atteindre ou pour ne pas dépasser cette sensation.

Ischwell recommande l'injection suivante :

℥ Lait tiède . . . . . 500 gram. | Ammoniaque liquide . . . . . 4 gram.

On peut simplement une décoction de farine de moutarde. La malade doit être couchée et doit conserver l'injection pendant quinze à vingt minutes.]

(1) *Voïenno-med. Journ.*, 1824, et *Archives générales de médecine*, t. XVI, p. 452.

(2) *Observ. on those diseases of females which are attended by discharges*. London, 1821.

(3) *Annales de thérapeutique*, juillet 1847, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, décembre 1847.

(4) *Annali universali di medicina*, 1823.

(5) *Gazette médicale de Toulouse*, février 1851.

## § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit entendre sous le nom de *dysménorrhée* une difficulté plus ou moins douloureuse de la menstruation, et avec madame Boivin et A. Dugès, nous ferons observer que dans les cas où cette affection existe, on constate toujours la tendance naturelle à l'hémorrhagie périodique, qui est seulement entravée par des circonstances diverses. C'est là ce qui distingue la dysménorrhée de l'aménorrhée.

Cette affection a encore reçu les noms de *menorrhagia*, *paramenia*, *menstruatio difficilis*, *dysmenorrhœa*, *dysmenio*, *menstrues laborieuses*, etc. On l'observe très fréquemment.

## § II. — Causes.

## 1° Causes prédisposantes.

La dysménorrhée est fréquente surtout *dans les premières années de la menstruation*; suivant M. Gendrin, elle diminue et souvent disparaît dans les dix années qui précèdent l'époque critique. Mais elle peut apparaître aussi vers la ménopause; les irrégularités douloureuses que l'on observe alors sont une véritable dysménorrhée. Un *tempérament nerveux*, une *constitution sèche, forte ou faible*, sont les conditions dans lesquelles on pense, en général, qu'elle se montre plus particulièrement.

On a encore admis, comme *causes prédisposantes*, la *vie sédentaire*, ou bien un *exercice immodéré*, des *aliments mauvais et insuffisants*, ou au contraire une *alimentation trop succulente*. L'*habitation des grandes villes*, les *excès vénériens de toute espèce*, ou les *vives affections de l'âme*; le *célibat*, la *continence*, l'*hérédité*, etc. Il suffit de cette énumération pour montrer combien sont peu précises nos connaissances sur l'étiologie de la dysménorrhée.

## 2° Causes occasionnelles.

Quant aux *causes occasionnelles*, nous pouvons dire que nous ne les connaissons nullement.

## 3° Conditions organiques.

Il n'en est pas de même des *conditions organiques* dans lesquelles se produit la dysménorrhée. Il en est quelques-unes que nous pouvons signaler. D'abord se présente l'*engorgement sanguin*. Nous verrons, en parlant de la congestion utérine, que les douleurs vives, un malaise général, et d'autres symptômes assez intenses l'accompagnent assez souvent, et se dissipent lorsque le sang coule librement. Il y a alors une véritable dysménorrhée qui n'existe pas toujours avec l'engorgement sanguin.

Les règles sont fréquemment difficiles et douloureuses chez les femmes atteintes de *maladie organique de l'utérus*. Tous les auteurs ont cité des cas de ce genre.

Il suffit parfois de la présence d'un *polype* pour déterminer la dysménorrhée. Lisfranc en a mentionné des exemples. Ces dysménorrhées peuvent être appelées *symptomatiques*, et ce sont celles qui nous intéressent le moins ici, parce qu'elle

leur place dans la description des maladies dont elles constituent un symptôme important.

Il arrive quelquefois que la présence d'un *caillot* ou d'une *fausse membrane* détermine, dans le cours de l'hémorrhagie mensuelle normale, les mêmes accidents que nous avons signalés dans la métrorrhagie, et il est surprenant que les auteurs nous ont précédé n'aient pas mentionné cette cause de dysménorrhée. Nous avons vu un exemple bien frappant chez une jeune femme : les règles, depuis plusieurs années, n'avaient presque jamais eu lieu sans être précédées de douleurs pressives ressemblant aux plus vives douleurs de l'enfantement, et ne cessant au bout de quatre, cinq, six heures, quelquefois plus, par l'expulsion d'une fausse membrane épaisse de 3 ou 4 millimètres, rougeâtre, lisse d'un côté, tomenteuse de l'autre, et ayant une étendue telle, qu'elle pouvait couvrir complètement la surface interne d'un utérus sain. La cessation des douleurs, après l'expulsion de cette fausse membrane évidemment fibrineuse, était instantanée, et le sang commençait à couler, sans autre accident, jusqu'à la fin de l'époque menstruelle.

Le docteur Oldham (1) a décrit cette espèce particulière de dysménorrhée. La nature de ces membranes est maintenant connue. Kölliker, Scanzoni et la plupart des micrographes y ont reconnu la muqueuse utérine elle-même hypertrophiée et décollée de la surface interne de la matrice : « Ce qui le prouve irrésistiblement, dit Scanzoni (2), c'est que nous y avons toujours trouvé de nombreux rudiments des glandes utriculaires... La formation de ces membranes, dont la structure histologique offre une grande analogie avec la caduque, qui se forme après la conception, est occasionnée sans nul doute par une hyperémie considérable et souvent répétée des parois de l'utérus, laquelle est suivie d'un excès de développement de la muqueuse. Le décollement de la membrane hypertrophiée a lieu soit à la suite d'une accumulation du liquide exsudé entre elle et la paroi utérine, soit mécaniquement par les contractions du tissu utérin qui précèdent l'hémorrhagie menstruelle.

• La grandeur de ces membranes est souvent très variable chez la même femme ; quelquefois elles ne dépassent pas les dimensions d'une pièce de 50 centimes, tandis qu'à la menstruation suivante elles présentent une étendue de 5 à 7 centimètres carrés. •]

MM. les docteurs Mackintosh et Oldham (3) ont signalé une autre espèce de dysménorrhée à laquelle ils donnent le nom de *dysménorrhée mécanique*. Elle est due à la contraction d'un point plus ou moins élevé de la cavité du col de l'utérus. Nous avons observé cette espèce, et, dans plusieurs cas, elle nous a paru résulter de cautérisations trop profondes faites sur le col et dans son intérieur. On détruit l'obstacle et la dysménorrhée qui en est la conséquence, par la dilatation du col, pratiquée comme la dilatation de l'urèthre dans les rétrécissements. Un cas de ce genre a été traité et guéri dans le service de M. Robert, à l'hôpital Beaujon (4).

M. Bennett (5), qui a eu occasion de voir plusieurs cas semblables, rejette l'em-

(1) *Gazette médicale de Londres*, extrait dans *Archives générales de médecine*, juillet 1847.

(2) *Maladies des organes sexuels de la femme*. Paris, 1858, p. 290.

(3) *Loc. cit.*

(4) Voyez *Bulletin général de thérapeutique*, t. XXXIII, septembre 1847.

(5) *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, etc.*, traduction de M. Aran.

ploi des bougies; nous décrirons au paragraphe *Traitement* le moyen employé par ce médecin.

Nous devons signaler une autre espèce que nous avons observée fréquemment. Dans les *antéflexions* et les *rétroflexions*, le calibre du canal utérin est souvent effacé au point où l'organe est vicieusement fléchi. Lorsque les règles apparaissent, le sang a de la peine à s'échapper, parce que les parois en contact dans ce point forment un obstacle. De là les douleurs utérines. Quand le sang a commencé à couler dehors, tout rentre dans l'ordre. Kiwisch a également signalé ces causes de *dysménorrhée* et en a parfaitement indiqué le mécanisme.

Il est des cas nombreux où un examen attentif ne trouve ni flexion exagérée, ni maladie organique, ni obstacle à la sortie du sang. En pareil cas, on a recours, pour expliquer la difficulté de la menstruation, à une altération du sang, à la pléthore ou bien à l'anémie, et plus encore à un état nerveux particulier qu'on a désigné sous le nom d'*hystéralgie cataméniale*. Sans prétendre que ces explications portent à faux, nous ferons observer que les recherches sur ce sujet important sont bien loin d'être suffisantes.

Enfin il faut indiquer la *névralgie lombo-utérine*, qui se mêle à tant d'affections de la matrice, et qui, depuis que nous l'avons décrite, a été l'objet plus ou moins bien apprécié des recherches de plusieurs médecins.

[Scanzoni pose une ingénieuse question qui pourrait bien expliquer certains cas de *dysménorrhée*. « Si l'on a égard à une observation bien constatée, à savoir, que la rupture des vésicules de de Graaf, situées dans les couches profondes du tissu des ovaires, exige ordinairement une hyperémie plus considérable de ces organes, qu'elle se fait attendre plus longtemps que celle des vésicules placées superficiellement, et qu'elle entretient, par conséquent, pendant un temps plus long la congestion menstruelle, on ne nous accusera pas d'imprudance si nous émettons l'opinion que la *dysménorrhée* peut aussi quelquefois avoir pour cause la maturation habituelle d'ovules situés profondément et l'hyperémie prolongée et anormale qu'exige la rupture des vésicules qui les contiennent. »]

### § III. — Symptômes.

Les *symptômes* de la *dysménorrhée* sont très variés. Pour bien les étudier, il faut tenir compte des diverses espèces que nous venons d'admettre.

1° Lorsque la *dysménorrhée* est liée à un état fluxionnaire de l'utérus, elle offre les symptômes douloureux qui seront décrits à l'article *Congestion utérine*.

2° S'il s'agit d'une affection organique de la matrice, de la présence d'un polype, les symptômes peuvent être et sont en effet presque toujours les mêmes que dans le cas précédent; car alors la fluxion utérine, aux époques menstruelles, est un phénomène fréquent.

3° La *dysménorrhée* due à la présence d'un caillot ou au décollement de la muqueuse utérine mérite une mention particulière. On a vu, dans le fait cité plus haut, que les douleurs peuvent être excessives; elles sont, dans tous les cas, d'une violence notable, et elles ont pour caractère de cesser brusquement par l'expulsion du corps étranger.

Il faut, dans tous les cas de *dysménorrhée*, mais surtout dans ceux où l'on a

quelque raison de croire à la formation de ces corps étrangers, avoir soin de *toucher* les femmes. En pareille circonstance, comme dans la *ménorrhagie*, on peut, en *fait*, reconnaître la présence des corps étrangers, et en favoriser l'expulsion, ou même, dans quelques cas, en pratiquer l'extraction.

1° Les douleurs qui constituent la dysménorrhée hystéralgique, ou *hystéralgie taméniale*, constituent, comme dans les espèces précédentes, le principal symptôme. Elles restent fixées dans le bassin, ou s'irradient au loin, ou enfin occupent d'autres parties du corps.

5° A l'aide d'une sonde utérine introduite dans le col, il faut rechercher si lui-ci n'est pas rétréci.

6° Par le toucher et par l'introduction de la sonde utérine, on s'assure s'il n'y a aucune inflexion qui efface le calibre du canal utérin.

7° Par la pression, on doit rechercher s'il existe des points douloureux sur le col et sur le trajet des nerfs lombaires. Un des principaux est dans les fosses iliaques.

Les douleurs fixées dans le bassin ressemblent complètement à celles qu'on observe dans la fluxion utérine : ce sont des tiraillements, des élancements, un sentiment de torsion, de chaleur incommode dans le vagin. Celles qui s'irradient au loin consistent en tiraillements dans les lombes, les cuisses, les aines, et en élancements souvent très douloureux. Enfin les douleurs fixées autre part présentent souvent, comme j'ai pu m'en assurer dans de nombreuses circonstances, le caractère *névralgique*. Nous avons vu, en effet, chez des femmes, des névralgies intercostales et lombo-abdominales, avec les points douloureux qui les caractérisent, et les migraines névralgiques, durer pendant un, deux, trois jours, quelquefois plus, avant l'apparition des règles, et disparaître lorsque l'hémorrhagie s'établissait. Et le plus nous avons constaté, dans un bon nombre de cas, l'existence de points névralgiques sur le col de l'utérus et sur le trajet des nerfs lombaires (1). Depuis lors, MM. Malgaigne et Beau, dont nous mentionnerons plus loin les recherches, ont fait des observations semblables.

Il n'est pas rare de voir des douleurs des reins survenir par suite d'une turpescence facile à apprécier lors de l'éruption difficile des règles. Quelquefois les femmes éprouvent un brisement marqué des membres, des douleurs d'estomac, des digestions difficiles. Quelques-unes enfin ont de véritables attaques d'hystérie.

M. Gendrin a cité une observation remarquable par le nombre et la violence des symptômes, bien que le volume normal de l'utérus fût constaté à l'aide du toucher par le vagin et par le rectum. On observa, dans ce cas, des coliques violentes presque continues, une vive sensibilité à la pression dans les régions hypogastrique et lombaire, un sentiment très pénible de courbature dans tout le pourtour du bassin et dans les cuisses, une tuméfaction douloureuse des mamelles, du dévoiement, des épreintes, des nausées, des efforts de vomissement, et en même temps des défaillances, des syncopes, une vive douleur de tête, et par moments des accidents spasmodiques hystériformes. Il est rare que la dysménorrhée soit portée à un aussi haut degré.

1) Voyez *Traité des névralgies* (Paris, 1841), et *Bulletin général de thérapeutique*, janvier 1847.

Dans tous les cas, il y a un *malaise général*, souvent une *céphalalgie* occupant toute la tête, et plus forte vers la nuque. Les malades sont extrêmement irritables, fantasques, bizarres; elles ont quelquefois des bouffées de chaleur au visage, et quelquefois des horripilations; et ce qu'il a de remarquable, ce qui prouve bien la nature nerveuse de l'affection, c'est qu'au milieu de ces symptômes violents, le *pouls* reste presque toujours parfaitement calme.

Il est ordinaire de voir ces phénomènes se calmer beaucoup et même disparaître complètement lorsque l'hémorrhagie menstruelle s'établit; cependant on voit des dysménorrhées continuer même alors que le sang a commencé à couler. Presque constamment, en pareil cas, le sang s'échappe avec peine, goutte à goutte, et semble être exprimé péniblement par des contractions utérines douloureuses. Parfois même ce n'est qu'un liquide muco-séreux ou sanguinolent qui est ainsi rendu. C'est là ce que, à l'exemple d'Aétius, quelques auteurs ont appelé *stillicidium uteri*. Il est vrai de dire que cet écoulement pénible et douloureux s'observe bien plus souvent dans la dysménorrhée par engorgement sanguin de l'utérus que dans la dysménorrhée hystéralgique.

[*Formes principales.* — Comme il nous paraît important, au point de vue de la thérapeutique, de fixer nettement les caractères des deux variétés principales de la dysménorrhée, savoir : la *dysménorrhée nerveuse* et la *dysménorrhée congestive*, nous en empruntons la description à l'ouvrage de Scanzoni.

1° *Dysménorrhée nerveuse.* — « Les femmes qui souffrent de cette anomalie présentent ordinairement des phénomènes plus ou moins nombreux d'une irritabilité excessive du système nerveux tout entier, ou seulement de quelqu'une de ses parties. Elles sont presque toutes hystériques, et, en les observant de plus près, il n'est pas difficile de remarquer en elles l'un ou l'autre des symptômes de cette maladie. Cependant on se tromperait beaucoup en croyant que cette forme de dysménorrhée ne se rencontre que chez des sujets délicats, maigres et anémiques; tout praticien a l'occasion d'observer la dysménorrhée nerveuse chez des femmes d'une bonne constitution, robustes et pléthoriques.

« Les symptômes sont ordinairement les suivants : Quelques jours déjà avant l'apparition des règles, les malades montrent une mauvaise humeur surprenante; elles sont abattues, capricieuses, évitent la société, recherchent la solitude et accusent un malaise général qu'elles ne peuvent définir nettement. Plus tard, simultanément à divers troubles digestifs, tels que des éructations, des flatuosités, de la constipation, etc., elles se plaignent d'une céphalalgie très pénible, souvent bornée à l'un des côtés de la tête, et à laquelle se joignent souvent des troubles visuels; particulièrement la photophobie, accompagnée d'une hypersécrétion des glandes lacrymales. Peu à peu des sensations douloureuses dans les organes du bassin se font sentir : ce sont des tiraillements, des élancements, qui restent bornés à la région utérine ou s'irradient vers les cuisses, le siège et les lombes; très souvent ils s'étendent aussi aux mamelles, quoique avec moins d'intensité. A ces accidents viennent fréquemment se joindre une constriction convulsive du vagin, un prurit de la vulve très désagréable, plus fréquemment encore un ténesme vésical et rectal. L'urine, rejetée en petite quantité, est d'un jaune-paille, presque toujours alcaline et renferme, au bout de quelque temps, un grand nombre de champignons et de vibrions. Tous ces symptômes augmentent graduellement et atteignent leur maxi-



mun d'intensité immédiatement avant l'apparition du flux menstruel. Le tempèrent en général assez rapidement, dès que l'écoulement est bien établi; il y a même des cas où les malades, peu auparavant très souffrantes, se trouvent parfaitement bien quelques heures après le commencement des menstrues, et se mettent aussitôt à vaquer à leurs affaires, ce qui, avant cela, leur avait été complètement impossible pendant plusieurs jours. Chez la plupart des malades, ces accès se répètent à chaque période avec plus ou moins d'intensité. Quelquefois cependant ils disparaissent tout à coup pour ne plus revenir, sans qu'il soit possible de découvrir la cause de cette guérison.

• Nous ajouterons encore que, dans cette forme de dysménorrhée, l'exploration de l'utérus et de ses annexes ne fait connaître aucune altération anatomique. Cependant il ne faut pas oublier que, lorsqu'il existe des vices organiques de la matrice, tels que ceux que nous avons signalés plus haut, les règles sont souvent précédées des mêmes symptômes que nous venons de décrire. »

2° *Dysménorrhée congestive.* — « Cette forme est essentiellement caractérisée par les phénomènes de la congestion des organes du bassin. Un ou plusieurs jours avant le retour des règles, les malades accusent un sentiment de plénitude, de pesanteur et de chaleur dans le bassin, des douleurs compressives vers le sacrum, un besoin fréquent d'uriner et d'aller à la selle; puis à ces symptômes viennent se joindre une excitation fébrile plus ou moins prononcée. Les signes de la congestion cérébrale manquent rarement : le visage est rouge, l'œil a un éclat insolite, les carotides battent avec force, le front et l'occiput sont le siège d'une céphalalgie intense. Fréquemment aussi l'activité anormale du système vasculaire donne lieu à des palpitations passagères ou même continues et à des transpirations abondantes. Il y a rarement du délire, des convulsions ou du coma.

• Au toucher, on trouve la température du vagin élevée, la région inguinale et l'intérus douloureux; ce dernier est quelquefois notablement grossi, tuméfié, et cette tuméfaction disparaît d'ordinaire peu de temps après le commencement de l'écoulement; elle est surtout prononcée lorsque la dysménorrhée congestive est compliquée d'un engorgement chronique de l'organe. Dans ces cas-là, les malades elles-mêmes disent que la tumeur qu'elles sentent au travers des parois abdominales augmente de volume trois ou quatre jours avant chaque période. L'hémorrhagie est au commencement très peu copieuse, elle se borne quelquefois à quelques gouttes de sang; au bout de deux ou trois jours, quelquefois encore plus tard, les douleurs expulsives diminuent d'intensité ou cessent complètement, en même temps que l'écoulement devient plus abondant; et il n'est pas rare qu'il devienne une véritable ménorrhagie qui dure encore six à huit jours; souvent alors le sang est coagulé en assez gros caillots.

• Nous devons mentionner aussi les cas dans lesquels les malades, tout en présentant les symptômes de la dysménorrhée congestive, rendent des fragments membraneux d'une grandeur variable. • Ce sont ces membranes que nous avons décrites comme étant la muqueuse utérine elle-même, hypertrophiée et décollée.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La dysménorrhée est ordinairement continue, et présente une marche croissante c'est-à-dire que, quelques jours avant les règles, les femmes qui y sont sujettes



commencent à s'apercevoir, à un malaise particulier, que leur éruption se prépare. Puis le malaise augmente, les douleurs et les autres symptômes s'y joignent, et ils arrivent à leur summum au moment où le sang va se montrer.

La *durée* de la dysménorrhée est, comme nous l'avons dit plus haut, de deux ou trois jours ; quelquefois néanmoins, elle se prolonge davantage, et dans certains cas on ne la voit durer que quelques heures. Quant à la *terminaison*, elle est toujours heureuse ; mais, ainsi que nous l'avons vu, l'apparition des premières gouttes de sang ne fait pas toujours disparaître les douleurs ; quelquefois même les douleurs augmentent, ce que l'on doit presque toujours attribuer à la formation et à la rétention de caillots sanguins dans la cavité de l'utérus. Nous n'avons trouvé aucune observation dans laquelle ces douleurs aient persisté après les règles. Il est des cas, sans doute, où il reste un état de souffrance de l'utérus, mais cette souffrance est causée, soit par une névralgie, soit par une maladie organique que la dysménorrhée était venue exaspérer.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Nous n'avons pas besoin de dire quelles sont les *lésions anatomiques* qu'on trouve dans la dysménorrhée par engorgement sanguin et par lésion organique ; elles n'appartiennent pas à la dysménorrhée elle-même. Quant à celles qui sont causées par un caillot ou par une membrane, ce sont ces corps étrangers eux-mêmes qui, avec un certain degré d'engorgement, constituent les altérations anatomiques. Vient ensuite la dysménorrhée hystéralgique ; mais on n'a pas pu faire de recherches anatomiques sur ce point, et si nous nous rappelons l'état d'intégrité dans lequel une exploration attentive a trouvé l'utérus dans les cas les plus intenses, nous sommes porté à admettre que ces recherches, si elles avaient pu être faites, n'auraient conduit à aucun résultat important. Reste la dysménorrhée produite par les flexions de l'utérus, le rétrécissement de l'orifice interne, l'aplatissement du canal utérin. Il est très probable qu'avant les dernières recherches sur les déviations utérines, on a pris bien des cas de ce genre pour des dysménorrhées hystéralgiques. Nous reviendrons sur ces points d'anatomie pathologique dans l'histoire des *déviations utérines*.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la dysménorrhée ne présente ordinairement aucune difficulté. La coïncidence des douleurs avec l'approche de l'époque menstruelle, leur disparition lorsque les règles sont établies ou ont suffisamment coulé, leur retour à une époque suivante, font cesser tous les doutes.

Cependant on a cité, comme pouvant être confondu avec la dysménorrhée, l'état douloureux qui résulte de la *fluxion hémorrhédaire*. Les douleurs, dans les deux cas, occupent le bassin et peuvent s'irradier au loin, et les symptômes généraux sont à très peu près les mêmes. Mais la turgescence douloureuse des glandes mammaires n'a pas lieu dans la fluxion hémorrhédaire, qui fréquemment a pu, en se montrant hors de l'époque des règles, fixer l'attention du médecin, et, dans tous les cas, l'examen du rectum, qu'il faut faire dès qu'il y a le moindre doute, lève toutes les difficultés.

ce que le médecin est surtout intéressé à rechercher avec soin, parce qu'il peut tirer des conclusions très utiles pour le traitement, c'est *la condition organique* à laquelle s'est produite la dysménorrhée. Or, nous devons renvoyer, sous ce rapport, aux divers articles particuliers qui concernent les états morbides auxquels rattache la dysménorrhée, tels que la congestion sanguine, les maladies organiques, le rétrécissement, la flexion du col, la névralgie lombo-utérine. Si aucun de ces signes n'existe; si, à l'aide du toucher par le vagin et par le rectum, on constate l'intégrité de la matrice et sa position normale, il est évident qu'on a affaire à cette espèce appelée dysménorrhée hystéralgique.

*Pronostic.* — Le pronostic ne saurait être grave, en ce sens que les jours de la malade ne sont pas menacés. Dans certains cas de dysménorrhée symptomatique est certain que les femmes sont en danger, mais ce n'est évidemment pas à la dysménorrhée elle-même qu'il faut attribuer ce danger, même en partie. On ne peut pas dire, d'un autre côté, que le pronostic ne présente jamais un côté sérieux. Il est, en effet, des dysménorrhées très rebelles, et qui peuvent être pendant de longues années une source d'incommodités très grandes pour les femmes. Nous reviendrons sur ce point en parlant du traitement.

[Doit-on admettre qu'une dysménorrhée longtemps prolongée, soit capable de produire des altérations chroniques des parois utérines? On doit penser, en général, que les lésions observées ont précédé la dysménorrhée et en ont été la cause plutôt que l'effet, et c'est à cette opinion que se rangent la plupart des médecins français, comme MM. Nonat, Aran, Becquerel, ainsi que Scanzoni. Cependant il est facile de concevoir que des congestions répétées et difficilement satisfaites puissent apporter dans les parois utérines les éléments plastiques des inflammations, des productions fongueuses, fibreuses, etc.; peut-être même peuvent-elles être, en la cause, mais l'élément localisateur d'une diathèse cancéreuse.]

## § VII. — Traitement.

Pour exposer méthodiquement le traitement de la dysménorrhée, il faut de toute nécessité tenir compte de la division établie plus haut.

1° S'il s'agit d'une *dysménorrhée par engorgement sanguin, ou congestive*, il faut recourir au traitement qui sera indiqué à l'article *Congestion utérine*, en insistant beaucoup sur les *émissions sanguines locales*, sur les *émollients*, les *bains et narcotiques*, à la tête desquels il faut placer l'*opium*. Les *lavements laudanisés* ou *saignés froids* et les vésicatoires morphinés constituent, en pareil cas, les moyens les plus efficaces qu'on puisse employer.

C'est surtout dans cette dysménorrhée que Lisfranc conseille avec insistance de *petites saignées révulsives*, un peu avant chaque époque menstruelle. Après avoir bien précisé l'époque du retour des règles, et avoir noté combien de jours avant leur apparition durent ordinairement les symptômes de la dysménorrhée, on pratique, un ou deux jours avant que ces symptômes viennent à apparaître, ou pendant qu'ils existent, si l'on a été appelé trop tard, une petite saignée de 100, 120, 130 grammes, qu'on renouvelle ensuite aux époques menstruelles suivantes, jusqu'à complète guérison. M. Gendrin, qui a mis maintes fois en pratique cette indication, et notamment dans le cas que nous avons cité plus haut, lui attribue de nombreux succès.

Pour comprendre quelle est la prudence avec laquelle il faut administrer injections dont le degré d'efficacité n'est d'ailleurs pas encore très bien déterminé, il suffit d'observer que M. Fenoglia (1), qui néanmoins ne met que cinq gouttes d'ammoniaque dans 90 grammes de véhicule, a vu une véritable métrite se développer sous l'influence de cette irritation.

Les vapeurs d'eau et de vinaigre dans le vagin, conseillées dans l'ouvrage MM. Roche et Sanson, agissent dans le même sens que l'ammoniaque, et n'offrent pas le même danger.

Il faudrait citer encore les bains de vapeur simple ou aromatique, les fumigations d'acide carbonique et quelques moyens internes conseillés par plusieurs auteurs; mais ces détails n'auraient qu'une faible utilité.

Un moyen qui a réussi dans quelques cas, bien qu'à priori, on ne dût guère s'attendre à un pareil résultat, c'est l'irritation des mamelles. M. Patterson a cité deux cas où l'emploi de sinapismes sur les mamelles a rétabli les règles supprimées depuis longtemps. Ce qu'il y a de curieux dans le premier de ces faits, c'est que le sinapisme appliqué sur une des mamelles ne l'avait pas été dans l'intention de rappeler les menstrues, mais uniquement pour faire disparaître la douleur qui avait son siège dans cet organe. L'infirmière appliqua le sinapisme beaucoup trop grand, il survint un gonflement très douloureux de la mamelle, la menstruation se rétablit. M. Hulin-Origet (3) employa le même moyen avec égal succès. Il est difficile, avec ces documents, de spécifier les cas dans lesquels convient un pareil traitement; c'est pourquoi nous nous bornons à le mentionner.

[ Scanzoni insiste sur l'irritation des nerfs des mamelles au moyen de l'application sur le mamelon de ses appareils à succion, qui, dit-il, ont servi plusieurs fois avec succès à provoquer l'accouchement prématuré. ]

4° *Traitement de l'état consécutif à la diminution ou à la suppression des règles.* — Les symptômes qui surviennent chez les femmes dont les menstrues ont notablement diminué ou se sont arrêtées complètement, sont si variables, qu'il est impossible d'en tracer exactement le traitement. C'est au praticien à les distinguer et à leur opposer les moyens convenables. On peut néanmoins, d'une manière générale, dire que ces symptômes se rapportent à l'anémie et aux affections nerveuses qui l'accompagnent. Aussi est-ce dans ces cas qu'on emploie particulièrement les ferrugineux, les toniques, les antispasmodiques. Si, comme nous avons observé plusieurs exemples, on trouve chez les femmes affectées d'aménorrhée des douleurs de nature évidemment névralgique, il ne faut pas hésiter à traiter par le traitement local qui convient aux névralgies (4), tout en mettant en usage les remèdes qu'exige l'état général. Nous avons, en effet, constaté qu'il pouvait de cette manière faire disparaître la névralgie, avant que l'état général ait été ramené à l'état sain, et par là épargner aux malades des souffrances vives.

(1) *Rep. med. del Piemonte*, 1832.

(2) *Dublin med. Journ.*, n° 11.

(3) *Travaux de la Société de médecine d'Indre-et-Loire*.

(4) Voyez l'histoire des Névralgies.

## RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Suppression récente, avec symptômes de congestion.* — Traitement de la congestion sanguine de l'utérus; légers emménagogues.

2° *Suppression plus ou moins ancienne, avec symptômes de congestion aux époques des règles.* — Même traitement; insister un peu plus sur les légers emménagogues.

3° *Aménorrhée par atonie des organes génitaux.* — Emménagogues: rue, sa-line, armoise, etc.; narcotiques: aconit, belladone, jusquiame, etc.; iode, seigle ergoté, strychnine, cantharides; vomitifs, purgatifs; moyens divers, préparations d'or. Moyens externes: électricité, vésicatoires; injections ammoniacales, vapeurs vinaigrées, fumigations, bains de vapeur.

4° *État consécutif à la diminution ou à la suppression des règles.* — Ferrugi-neux, toniques, antispasmodiques, etc.

## ARTICLE II.

## DYSMÉNORRHÉE.

Suivant quelques auteurs, en particulier ceux du *Compendium de médecine* (1), il n'y a pas de maladie particulière qui doive trouver place dans le cadre nosolo-gique sous le nom de *dysménorrhée*. Cet état pathologique n'est, d'après eux, qu'un degré de l'aménorrhée. Nous ne saurions partager cette opinion. On trouve un grand nombre d'observations dans lesquelles les menstrues se produisent diffi-cilement et avec des symptômes souvent très violents, sans que, pour cela, les règles soient diminuées; il est bien évident qu'en pareil cas, on ne peut admettre l'existence d'une aménorrhée. D'autres, comme M. Duparcque, ne font de la dys-ménorrhée qu'un simple symptôme, dont ils attribuent l'apparition à une lésion de l'utérus, et presque toujours à un engorgement sanguin; mais cette manière de voir n'est pas plus admissible que la première. Sans doute, il est beaucoup de cas où une fluxion trop considérable, avec difficulté de l'exsudation sanguine, consti-tue l'état morbide auquel il faut rapporter les accidents divers qu'on observe dans la dysménorrhée; mais il en est d'autres où cette fluxion n'a rien qui sorte de la règle ordinaire, et où cependant les menstrues se produisent avec difficulté et dou-leur; nous en citerons des exemples. Et même, en admettant que l'engorgement sanguin fût la seule cause des accidents, il faudrait encore, au point de vue pra-tique, traiter à part de la dysménorrhée; car l'état morbide désigné sous cette dé-nomination est formé par un ensemble de symptômes ayant une physionomie propre, et demande des moyens particuliers. Toutefois la dysménorrhée, ne con-sistant qu'en un trouble fonctionnel plus ou moins considérable, n'exige pas de très grands détails dans sa description.

1. Voyez les articles *Aménorrhée* et *Dysménorrhée*.

## § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit entendre sous le nom de *dysménorrhée* une difficulté plus ou moins douloureuse de la menstruation, et avec madame Boivin et A. Dugès, nous ferons observer que dans les cas où cette affection existe, on constate toujours la tendance naturelle à l'hémorrhagie périodique, qui est seulement entravée par des circonstances diverses. C'est là ce qui distingue la dysménorrhée de l'aménorrhée.

Cette affection a encore reçu les noms de *menorrhagia*, *paramenia*, *menstruatio difficilis*, *dysmenorrhœa*, *dysmenio*, *menstrues laborieuses*, etc. On l'observe très fréquemment.

## § II. — Causes.

## 1° Causes prédisposantes.

La dysménorrhée est fréquente surtout dans les premières années de la menstruation ; suivant M. Gendrin, elle diminue et souvent disparaît dans les dix années qui précèdent l'époque critique. Mais elle peut apparaître aussi vers la ménopause ; les irrégularités douloureuses que l'on observe alors sont une véritable dysménorrhée. Un *tempérament nerveux*, une *constitution sèche, forte ou faible* sont les conditions dans lesquelles on pense, en général, qu'elle se montre plus particulièrement.

On a encore admis, comme *causes prédisposantes*, la *vie sédentaire*, ou bien un *exercice immodéré*, des *aliments mauvais et insuffisants*, ou au contraire une *alimentation trop succulente*. L'*habitation des grandes villes*, les *excès vénériens de toute espèce*, ou les *vives affections de l'âme* ; le *célibat*, la *continence*, l'*hérédité*, etc. Il suffit de cette énumération pour montrer combien sont peu précises nos connaissances sur l'étiologie de la dysménorrhée.

## 2° Causes occasionnelles.

Quant aux *causes occasionnelles*, nous pouvons dire que nous ne les connaissons nullement.

## 3° Conditions organiques.

Il n'en est pas de même des *conditions organiques* dans lesquelles se produit la dysménorrhée. Il en est quelques-unes que nous pouvons signaler. D'abord se présente l'*engorgement sanguin*. Nous verrons, en parlant de la congestion utérine, que les douleurs vives, un malaise général, et d'autres symptômes assez intenses l'accompagnent assez souvent, et se dissipent lorsque le sang coule librement. Il y a alors une véritable dysménorrhée qui n'existe pas toujours avec l'engorgement sanguin.

Les règles sont fréquemment difficiles et douloureuses chez les femmes atteintes de *maladie organique de l'utérus*. Tous les auteurs ont cité des cas de ce genre.

Il suffit parfois de la présence d'un *polype* pour déterminer la dysménorrhée. Lisfranc en a mentionné des exemples. Ces dysménorrhées peuvent être appelées *symptomatiques*, et ce sont celles qui nous intéressent le moins ici, parce qu'elles

ont leur place dans la description des maladies dont elles constituent un symptôme important.

Il arrive quelquefois que la présence d'un *caillot* ou d'une *fausse membrane* détermine, dans le cours de l'hémorrhagie mensuelle normale, les mêmes accidents que nous avons signalés dans la métrorrhagie, et il est surprenant que les auteurs qui nous ont précédé n'aient pas mentionné cette cause de dysménorrhée. Nous en avons vu un exemple bien frappant chez une jeune femme : les règles, depuis plusieurs années, n'avaient presque jamais eu lieu sans être précédées de douleurs excessives ressemblant aux plus vives douleurs de l'enfantement, et ne cessant qu'au bout de quatre, cinq, six heures, quelquefois plus, par l'expulsion d'une ~~fausse~~ membrane épaisse de 3 ou 4 millimètres, rougeâtre, lisse d'un côté, tomenteuse de l'autre, et ayant une étendue telle, qu'elle pouvait couvrir complètement la surface interne d'un utérus sain. La cessation des douleurs, après l'expulsion de cette fausse membrane évidemment fibrineuse, était instantanée, et le sang commençait à couler, sans autre accident, jusqu'à la fin de l'époque menstruelle. M. le docteur Oldham (1) a décrit cette espèce particulière de dysménorrhée.

[La nature de ces membranes est maintenant connue. Kölliker, Scanzoni et la plupart des micrographes y ont reconnu la muqueuse utérine elle-même hypertrophiée et décollée de la surface interne de la matrice : « Ce qui le prouve irrécusablement, dit Scanzoni (2), c'est que nous y avons toujours trouvé de nombreux rudiments des glandes utriculaires... La formation de ces membranes, dont la texture histologique offre une grande analogie avec la caduque, qui se forme après la conception, est occasionnée sans nul doute par une hyperémie considérable et souvent répétée des parois de l'utérus, laquelle est suivie d'un excès de développement de la muqueuse. Le décollement de la membrane hypertrophiée a lieu soit à la suite d'une accumulation du liquide exsudé entre elle et la paroi utérine, soit mécaniquement par les contractions du tissu utérin qui précèdent l'hémorrhagie menstruelle.

• La grandeur de ces membranes est souvent très variable chez la même femme ; quelquefois elles ne dépassent pas les dimensions d'une pièce de 50 centimes, tandis qu'à la menstruation suivante elles présentent une étendue de 5 à 7 centimètres carrés. •]

MM. les docteurs Mackintosh et Oldham (3) ont signalé une autre espèce de dysménorrhée à laquelle ils donnent le nom de *dysménorrhée mécanique*. Elle est due à la contraction d'un point plus ou moins élevé de la cavité du col de l'utérus. Nous avons observé cette espèce, et, dans plusieurs cas, elle nous a paru résulter de cautérisations trop profondes faites sur le col et dans son intérieur. On détruit l'obstacle et la dysménorrhée qui en est la conséquence, par la dilatation du col, pratiquée comme la dilatation de l'urèthre dans les rétrécissements. Un cas de ce genre a été traité et guéri dans le service de M. Robert, à l'hôpital Beaujon (4).

M. Bennett (5), qui a eu occasion de voir plusieurs cas semblables, rejette l'em-

(1) *Gazette médicale de Londres*, extrait dans *Archives générales de médecine*, juillet 1847.

(2) *Maladies des organes sexuels de la femme*. Paris, 1858, p. 290.

(3) *Loc. cit.*

(4) Voyez *Bulletin général de thérapeutique*, t. XXXIII, septembre 1847.

(5) *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, etc.*, traduction de M. Aran.



ploi des bougies; nous décrirons au paragraphe *Traitement* le moyen employé par ce médecin.

Nous devons signaler une autre espèce que nous avons observée fréquemment. Dans les *antéflexions* et les *rétroflexions*, le calibre du canal utérin est souvent effacé au point où l'organe est vicieusement fléchi. Lorsque les règles apparaissent, le sang a de la peine à s'échapper, parce que les parois en contact dans ce point forment un obstacle. De là les douleurs utérines. Quand le sang a commencé à couler dehors, tout rentre dans l'ordre. Kiwisch a également signalé ces causes de dysménorrhée et en a parfaitement indiqué le mécanisme.

Il est des cas nombreux où un examen attentif ne trouve ni flexion exagérée, ni maladie organique, ni obstacle à la sortie du sang. En pareil cas, on a recours pour expliquer la difficulté de la menstruation, à une altération du sang, à la pléthore ou bien à l'anémie, et plus encore à un état nerveux particulier qu'on a désigné sous le nom d'*hystéralgie cataméniale*. Sans prétendre que ces explications portent à faux, nous ferons observer que les recherches sur ce sujet important sont bien loin d'être suffisantes.

Enfin il faut indiquer la *névralgie lombo-utérine*, qui se mêle à tant d'affection de la matrice, et qui, depuis que nous l'avons décrite, a été l'objet plus ou moins bien apprécié des recherches de plusieurs médecins.

[Scanzoni pose une ingénieuse question qui pourrait bien expliquer certains cas de dysménorrhée. « Si l'on a égard à une observation bien constatée, à savoir, que la rupture des vésicules de de Graaf, situées dans les couches profondes du tissu des ovaires, exige ordinairement une hyperémie plus considérable de ces organes qu'elle se fait attendre plus longtemps que celle des vésicules placées superficiellement, et qu'elle entretient, par conséquent, pendant un temps plus long la congestion menstruelle, on ne nous accusera pas d'imprudence si nous émettons l'opinion que la dysménorrhée peut aussi quelquefois avoir pour cause la maturation habituelle d'ovules situés profondément et l'hyperémie prolongée et anormale qu'exige la rupture des vésicules qui les contiennent. »]

### § III. — Symptômes.

Les *symptômes* de la dysménorrhée sont très variés. Pour bien les étudier, faut tenir compte des diverses espèces que nous venons d'admettre.

1° Lorsque la dysménorrhée est liée à un état fluxionnaire de l'utérus, elle offre les symptômes douloureux qui seront décrits à l'article *Congestion utérine*.

2° S'il s'agit d'une affection organique de la matrice, de la présence d'un polype, les symptômes peuvent être et sont en effet presque toujours les mêmes que dans le cas précédent; car alors la fluxion utérine, aux époques menstruelles, est un phénomène fréquent.

3° La dysménorrhée due à la présence d'un caillot ou au décollement de la muqueuse utérine mérite une mention particulière. On a vu, dans le fait cité plus haut, que les douleurs peuvent être excessives; elles sont, dans tous les cas, d'une violence notable, et elles ont pour caractère de cesser brusquement par l'expulsion du corps étranger.

Il faut, dans tous les cas de dysménorrhée, mais surtout dans ceux où l'on



quelque raison de croire à la formation de ces corps étrangers, avoir soin de *toucher* les femmes. En pareille circonstance, comme dans la *ménorrhagie*, on peut, en fait, reconnaître la présence des corps étrangers, et en favoriser l'expulsion, ou même, dans quelques cas, en pratiquer l'extraction.

1° Les douleurs qui constituent la dysménorrhée hystéralgique, ou *hystéralgie* *améniale*, constituent, comme dans les espèces précédentes, le principal symptôme. Elles restent fixées dans le bassin, ou s'irradient au loin, ou enfin occupent d'autres parties du corps.

2° A l'aide d'une sonde utérine introduite dans le col, il faut rechercher si celui-ci n'est pas rétréci.

3° Par le toucher et par l'introduction de la sonde utérine, on s'assure s'il n'y a pas une inflexion qui efface le calibre du canal utérin.

4° Par la pression, on doit rechercher s'il existe des points douloureux sur le col et sur le trajet des nerfs lombaires. Un des principaux est dans les fosses iliaques.

Les douleurs fixées dans le bassin ressemblent complètement à celles qu'on observe dans la fluxion utérine : ce sont des tiraillements, des élancements, un sentiment de torsion, de chaleur incommode dans le vagin. Celles qui s'irradient au loin consistent en tiraillements dans les lombes, les cuisses, les aines, et en élancements souvent très douloureux. Enfin les douleurs fixées autre part présentent souvent, comme j'ai pu m'en assurer dans de nombreuses circonstances, le caractère *névralgique*. Nous avons vu, en effet, chez des femmes, des névralgies intercostales et lombo-abdominales, avec les points douloureux qui les caractérisent, et les migraines névralgiques, durer pendant un, deux, trois jours, quelquefois plus, avant l'apparition des règles, et disparaître lorsque l'hémorrhagie s'établissait. Et le plus nous avons constaté, dans un bon nombre de cas, l'existence de points névralgiques sur le col de l'utérus et sur le trajet des nerfs lombaires (1). Depuis lors, M. Malgaigne et Beau, dont nous mentionnerons plus loin les recherches, ont fait des observations semblables.

Il n'est pas rare de voir des douleurs des reins survenir par suite d'une turpescence facile à apprécier lors de l'éruption difficile des règles. Quelquefois les femmes éprouvent un brisement marqué des membres, des douleurs d'estomac, les digestions difficiles. Quelques-unes enfin ont de véritables attaques d'hystérie.

M. Gendrin a cité une observation remarquable par le nombre et la violence des symptômes, bien que le volume normal de l'utérus fût constaté à l'aide du toucher par le vagin et par le rectum. On observa, dans ce cas, des coliques violentes presque continues, une vive sensibilité à la pression dans les régions épigastrique et lombaire, un sentiment très pénible de courbature dans tout le pourtour du bassin et dans les cuisses, une tuméfaction douloureuse des mamelles, un dévoiement, des épreintes, des nausées, des efforts de vomissement, et en même temps des défaillances, des syncopes, une vive douleur de tête, et par moments des accidents spasmodiques hystériformes. Il est rare que la dysménorrhée soit portée à un aussi haut degré.

(1) Voyez *Traité des névralgies* (Paris, 1841), et *Bulletin général de thérapeutique*, janvier 1847.

Dans tous les cas, il y a un *malaise général*, souvent une *céphalalgie* occupant toute la tête, et plus forte vers la nuque. Les malades sont extrêmement irritables, fantasques, bizarres; elles ont quelquefois des bouffées de chaleur au visage, et quelquefois des horripilations; et ce qu'il a de remarquable, ce qui prouve bien la nature nerveuse de l'affection, c'est qu'au milieu de ces symptômes violents, le *pouls* reste presque toujours parfaitement calme.

Il est ordinaire de voir ces phénomènes se calmer beaucoup et même disparaître complètement lorsque l'hémorrhagie menstruelle s'établit; cependant on voit des dysménorrhées continuer même alors que le sang a commencé à couler. Presque constamment, en pareil cas, le sang s'échappe avec peine, goutte à goutte, et semble être exprimé péniblement par des contractions utérines douloureuses. Parfois même ce n'est qu'un liquide muco-séreux ou sanguinolent qui est ainsi rendu. C'est là ce que, à l'exemple d'Aétius, quelques auteurs ont appelé *stillicidium uteri*. Il est vrai de dire que cet écoulement pénible et douloureux s'observe bien plus souvent dans la dysménorrhée par engorgement sanguin de l'utérus que dans la dysménorrhée hystéralgique.

[*Formes principales.* — Comme il nous paraît important, au point de vue de la thérapeutique, de fixer nettement les caractères des deux variétés principales de la dysménorrhée, savoir : la *dysménorrhée nerveuse* et la *dysménorrhée congestive*, nous en empruntons la description à l'ouvrage de Scanzoni.

1° *Dysménorrhée nerveuse.* — « Les femmes qui souffrent de cette anomalie présentent ordinairement des phénomènes plus ou moins nombreux d'une irritabilité excessive du système nerveux tout entier, ou seulement de quelqu'une de ses parties. Elles sont presque toutes hystériques, et, en les observant de plus près, il n'est pas difficile de remarquer en elles l'un ou l'autre des symptômes de cette maladie. Cependant on se tromperait beaucoup en croyant que cette forme de dysménorrhée ne se rencontre que chez des sujets délicats, maigres et anémiques; tout praticien a l'occasion d'observer la dysménorrhée nerveuse chez des femmes d'une bonne constitution, robustes et pléthoriques.

» Les symptômes sont ordinairement les suivants : Quelques jours déjà avant l'apparition des règles, les malades montrent une mauvaise humeur surprenante; elles sont abattues, capricieuses, évitent la société, recherchent la solitude et accusent un malaise général qu'elles ne peuvent définir nettement. Plus tard, simultanément à divers troubles digestifs, tels que des éructations, des flatuosités, de la constipation, etc., elles se plaignent d'une céphalalgie très pénible, souvent bornée à l'un des côtés de la tête, et à laquelle se joignent souvent des troubles visuels; particulièrement la photophobie, accompagnée d'une hypersécrétion des glandes lacrymales. Peu à peu des sensations douloureuses dans les organes du bassin se font sentir : ce sont des tiraillements, des élancements, qui restent bornés à la région utérine ou s'irradient vers les cuisses, le siège et les lombes; très souvent ils s'étendent aussi aux mamelles, quoique avec moins d'intensité. A ces accidents viennent fréquemment se joindre une constriction convulsive du vagin, un prurit de la vulve très désagréable, plus fréquemment encore un ténesme vésical et rectal. L'urine, rejetée en petite quantité, est d'un jaune-paille, presque toujours alcaline et renferme, au bout de quelque temps, un grand nombre de champignons et de vibrions. Tous ces symptômes augmentent graduellement et atteignent leur maxi-

ment d'intensité immédiatement avant l'apparition du flux menstruel, ils se tempèrent en général assez rapidement, dès que l'écoulement est bien établi; il y a même des cas où les malades, peu auparavant très souffrantes, se trouvent parfaitement bien quelques heures après le commencement des menstrues, et se mettent aussitôt à vaquer à leurs affaires, ce qui, avant cela, leur avait été complètement impossible pendant plusieurs jours. Chez la plupart des malades, ces accès se répètent à chaque période avec plus ou moins d'intensité. Quelquefois cependant ils disparaissent tout à coup pour ne plus revenir, sans qu'il soit possible de découvrir la cause de cette guérison.

• Nous ajouterons encore que, dans cette forme de dysménorrhée, l'exploration de l'utérus et de ses annexes ne fait connaître aucune altération anatomique. Cependant il ne faut pas oublier que, lorsqu'il existe des vices organiques de la matrice, tels que ceux que nous avons signalés plus haut, les règles sont souvent précédées des mêmes symptômes que nous venons de décrire. »

2° *Dysménorrhée congestive.* — « Cette forme est essentiellement caractérisée par les phénomènes de la congestion des organes du bassin. Un ou plusieurs jours avant le retour des règles, les malades accusent un sentiment de plénitude, de pesanteur et de chaleur dans le bassin, des douleurs compressives vers le sacrum, un besoin fréquent d'uriner et d'aller à la selle; puis à ces symptômes viennent se joindre une excitation fébrile plus ou moins prononcée. Les signes de la congestion cérébrale manquent rarement : le visage est rouge, l'œil a un éclat insolite, les carotides battent avec force, le front et l'occiput sont le siège d'une céphalalgie intense. Fréquemment aussi l'activité anormale du système vasculaire donne lieu à des palpitations passagères ou même continues et à des transpirations abondantes. Il y a rarement du délire, des convulsions ou du coma.

• Au toucher, on trouve la température du vagin élevée, la région inguinale et l'intérus douloureux; ce dernier est quelquefois notablement grossi, tuméfié, et cette tuméfaction disparaît d'ordinaire peu de temps après le commencement de l'écoulement; elle est surtout prononcée lorsque la dysménorrhée congestive est compliquée d'un engorgement chronique de l'organe. Dans ces cas-là, les malades elles-mêmes disent que la tumeur qu'elles sentent au travers des parois abdominales augmente de volume trois ou quatre jours avant chaque période. L'hémorrhagie est au commencement très peu copieuse, elle se borne quelquefois à quelques gouttes de sang; au bout de deux ou trois jours, quelquefois encore plus tard, les douleurs expulsives diminuent d'intensité ou cessent complètement, et même temps que l'écoulement devient plus abondant; et il n'est pas rare qu'il devienne une véritable ménorrhagie qui dure encore six à huit jours; souvent alors le sang est coagulé en assez gros caillots.

• Nous devons mentionner aussi les cas dans lesquels les malades, tout en présentant les symptômes de la dysménorrhée congestive, rendent des fragments membranueux d'une grandeur variable. » Ce sont ces membranes que nous avons décrites comme étant la muqueuse utérine elle-même, hypertrophiée et décollée.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La dysménorrhée est ordinairement continue, et présente une marche croissante; c'est-à-dire que, quelques jours avant les règles, les femmes qui y sont sujettes

commencent à s'apercevoir, à un malaise particulier, que leur éruption se prépare. Puis le malaise augmente, les douleurs et les autres symptômes s'y joignent, et ils arrivent à leur summum au moment où le sang va se montrer.

La *durée* de la dysménorrhée est, comme nous l'avons dit plus haut, de deux ou trois jours ; quelquefois néanmoins, elle se prolonge davantage, et dans certains cas on ne la voit durer que quelques heures. Quant à la *terminaison*, elle est toujours heureuse ; mais, ainsi que nous l'avons vu, l'apparition des premières gouttes de sang ne fait pas toujours disparaître les douleurs ; quelquefois même les douleurs augmentent, ce que l'on doit presque toujours attribuer à la formation et à la rétention de caillots sanguins dans la cavité de l'utérus. Nous n'avons trouvé aucune observation dans laquelle ces douleurs aient persisté après les règles. Il est des cas, sans doute, où il reste un état de souffrance de l'utérus, mais cette souffrance est causée, soit par une névralgie, soit par une maladie organique que la dysménorrhée était venue exaspérer.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Nous n'avons pas besoin de dire quelles sont les *lésions anatomiques* qu'on trouve dans la dysménorrhée par engorgement sanguin et par lésion organique ; elles n'appartiennent pas à la dysménorrhée elle-même. Quant à celles qui sont causées par un caillot ou par une membrane, ce sont ces corps étrangers eux-mêmes qui, avec un certain degré d'engorgement, constituent les altérations anatomiques. Vient ensuite la dysménorrhée hystéralgique ; mais on n'a pas pu faire de recherches anatomiques sur ce point, et si nous nous rappelons l'état d'intégrité dans lequel une exploration attentive a trouvé l'utérus dans les cas les plus intenses, nous sommes porté à admettre que ces recherches, si elles avaient pu être faites, n'auraient conduit à aucun résultat important. Reste la dysménorrhée produite par les flexions de l'utérus, le rétrécissement de l'orifice interne, l'aplatissement du canal utérin. Il est très probable qu'avant les dernières recherches sur les déviations utérines, on a pris bien des cas de ce genre pour des dysménorrhées hystéralgiques. Nous reviendrons sur ces points d'anatomie pathologique dans l'histoire des *déviations utérines*.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la dysménorrhée ne présente ordinairement aucune difficulté. La coïncidence des douleurs avec l'approche de l'époque menstruelle, leur disparition lorsque les règles sont établies ou ont suffisamment coulé, leur retour à une époque suivante, font cesser tous les doutes.

Cependant on a cité, comme pouvant être confondu avec la dysménorrhée, l'état douloureux qui résulte de la *fluxion hémorrhédaire*. Les douleurs, dans les deux cas, occupent le bassin et peuvent s'irradier au loin, et les symptômes généraux sont à très peu près les mêmes. Mais la turgescence douloureuse des glandes mammaires n'a pas lieu dans la fluxion hémorrhédaire, qui fréquemment a pu, en se montrant hors de l'époque des règles, fixer l'attention du médecin, et, dans tous les cas, l'examen du rectum, qu'il faut faire dès qu'il y a le moindre doute, lève toutes les difficultés.

Le médecin est surtout intéressé à rechercher avec soin, parce qu'il peut en tirer des conclusions très utiles pour le traitement, c'est la condition organique dans laquelle s'est produite la dysménorrhée. Or, nous devons renvoyer, sous ce titre, aux divers articles particuliers qui concernent les états morbides auxquels elle est due, tels que la congestion sanguine, les maladies organiques du col, le rétrécissement, la flexion du col, la névralgie lombo-utérine. Si aucun de ces signes n'existe ; si, à l'aide du toucher par le vagin et par le rectum, on trouve intacte l'intégrité de la matrice et sa position normale, il est évident qu'on a affaire à une espèce appelée dysménorrhée hystéralgique.

**Pronostic.** — Le pronostic ne saurait être grave, en ce sens que les jours de la vie ne sont pas menacés. Dans certains cas de dysménorrhée symptomatique, il est certain que les femmes sont en danger, mais ce n'est évidemment pas à la dysménorrhée elle-même qu'il faut attribuer ce danger, même en partie. On ne doit pas dire, d'un autre côté, que le pronostic ne présente jamais un côté sérieux. En effet, des dysménorrhées très rebelles, et qui peuvent être pendant de nombreuses années une source d'inconvénients très grandes pour les femmes. Nous reviendrons sur ce point en parlant du traitement.

On admette qu'une dysménorrhée longtemps prolongée, soit capable de produire des altérations chroniques des parois utérines ? On doit penser, en général, que les lésions observées ont précédé la dysménorrhée et en ont été la cause plutôt que l'effet, et c'est à cette opinion que se rangent la plupart des médecins, comme MM. Nonat, Aran, Becquerel, ainsi que Scanzoni. Cependant il est possible de concevoir que des congestions répétées et difficilement satisfaites puissent porter dans les parois utérines les éléments plastiques des inflammations, des éruptions fongueuses, fibreuses, etc. ; peut-être même peuvent-elles être la cause, mais l'élément localisateur d'une diathèse cancéreuse. ]'

## § VII. — Traitement.

Pour exposer méthodiquement le traitement de la dysménorrhée, il faut de toute nécessité tenir compte de la division établie plus haut.

Il s'agit d'une *dysménorrhée par engorgement sanguin, ou congestive*, il faut recourir au traitement qui sera indiqué à l'article *Congestion utérine*, en insistant beaucoup sur les *émissions sanguines locales*, sur les *émollients*, les *bains émollients*, à la tête desquels il faut placer l'*opium*. Les *lavements laudanisés froids* et les *vésicatoires morphinés* constituent, en pareil cas, les moyens les plus efficaces qu'on puisse employer.

Sur tout dans cette dysménorrhée que Lisfranc conseille avec insistance de faire des *saignées révulsives*, un peu avant chaque époque menstruelle. Après avoir précisé l'époque du retour des règles, et avoir noté combien de jours avant l'apparition durent ordinairement les symptômes de la dysménorrhée, on doit, un ou deux jours avant que ces symptômes viennent à apparaître, ou même quand ils existent, si l'on a été appelé trop tard, une petite saignée de 100, 150 grammes, qu'on renouvelle ensuite aux époques menstruelles suivantes, jusqu'à complète guérison. M. Gendrin, qui a mis maintes fois en pratique cette méthode, et notamment dans le cas que nous avons cité plus haut, lui attribue de très bons succès.

[A l'article *Métrite* nous indiquerons les formules proposées par M. Nonat pour l'emploi des saignées. Disons seulement ici que ce médecin distingué n'élève la dose du sang et ne répète les saignées deux ou trois fois par mois que chez les femmes d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin. Chez celles dont la constitution est moyenne et le sang peu riche, il n'a recours aux saignées que quand les souffrances sont très vives, et il conseille de ne pas dépasser la dose de 60 à 80 grammes.]

C'est dans le même but que la médication dérivative a été mise en usage; que les uns conseillent, avec Sennert et Stahl, la *saignée du pied*, un petit nombre de *sangsues* (deux, trois ou quatre, rarement plus) aux cuisses, aux aines, au périnée, et les autres simplement des *pédiluves sinapisés*, l'*exposition du siège à la vapeur de l'eau bouillante*, des *ventouses sèches* autour du bassin; en un mot, les moyens qui paraissent les plus propres à provoquer l'éruption du sang en le faisant affluer vers l'utérus. Il est des cas où, bien que ce soit la fluxion qui produise les accidents, un effort de plus suffit pour déterminer le suintement sanguin et le soulagement qui en est la suite ordinaire.

En pareil cas, on propose encore de mettre en usage de *légers emménagogues*. Madame Boivin et Dugès recommandent en particulier l'*aloès* et l'*armoïse*. On peut prescrire le premier de la manière suivante :

ʒ Aloès..... 0,60 gram. Extrait de gentiane.... 0,30 gram.	Cannelle..... 0,10 gram.
---	--------------------------

Mélez. Faites douze pilules. Dose : une matin et soir.

Quant à l'*armoïse*, on la prescrit en infusion suffisamment édulcorée à la dose de 10 à 15 grammes par kilogramme d'eau.

Il est évident qu'on peut remplacer ces emménagogues par beaucoup d'autres; cependant nous n'insistons pas sur ce point, parce que, dans l'espèce de dysménorrhée dont il s'agit, il serait imprudent de recourir à de trop forts excitants de l'utérus. C'est au praticien à juger, d'après les symptômes, s'il doit insister sur cette médication ou l'abandonner. Dans tous les cas, les emménagogues violents ne doivent pas être employés.

2° On comprend facilement que la *dysménorrhée liée à une affection organique* de l'utérus ne demande pas de traitement particulier. Les moyens doivent être choisis suivant qu'il y a congestion utérine ou simple trouble nerveux, et unis à ceux qu'on dirige contre l'affection organique. Quant à la dysménorrhée qui est liée à l'existence d'un *polype*, on peut, par les moyens qui viennent d'être indiqués, ou par ceux qui vont être passés en revue, en calmer plus ou moins les symptômes; mais on ne la fait cesser que par l'extirpation de la production morbide.

3° La *dysménorrhée produite par la formation d'un caillot ou d'une fausse membrane* ne peut cesser, lorsqu'elle s'est produite, que par l'expulsion ou l'*extraction* de ce corps étranger; mais on peut se demander s'il n'y aurait aucun moyen de prévenir sa formation, et d'épargner aux femmes les accidents quelquefois si violents qui précèdent les règles. Les auteurs n'ont malheureusement pas fixé leur attention sur ce point important.

L'idée qui se présente d'abord à l'esprit, c'est que, en pareil cas, le sang a une



anormale; la formation si prompte et si facile des caillots, et la présence de des fausses membranes fibrineuses, ne paraissent guère possibles sans addition. Aussi, dans le cas qui a été cité plus haut, avions-nous pensé qu'il vaudrait mieux de pratiquer de petites saignées de 80 à 100 grammes deux ou trois fois pendant l'époque menstruelle, de faire prendre dans l'intervalle des règles sept bains alcalins, de prescrire à l'intérieur le *carbonate de soude* à la dose de 1 gramme par jour, en trois doses, dans un demi-verre d'eau sucrée, et enfin de faire prendre une tisane d'orge et de chiendent, avec 0,75 gram. de nitrate de potasse.

Cette médication n'empêchait pas l'emploi des *narcotiques* et des *antispasmodiques* à l'apparition des douleurs. Malheureusement, il ne nous a pas été possible de suivre l'emploi de ces moyens et d'en constater les résultats. Nous les laissons à l'appréciation des praticiens qui auront l'occasion d'observer des cas semblables. Les *émollients* et les *adoucissants* ne sont, du reste, pas moins nécessaires dans ces cas que dans les précédents.

Il paraît que Valleix prenait les membranes expulsées pour des produits anormaux et qu'il ignorait qu'elles fussent formées par la muqueuse utérine. Néanmoins les indications qu'il pose nous paraissent extrêmement sensées et pleines de sens, car elles conviennent au moins à la formation des caillots.

Pour éviter le décollement de la muqueuse utérine, on a proposé de le prévenir par des cautérisations de la surface interne de l'utérus au moyen du nitrate d'argent et à l'aide d'injections intra-utérines de liquides astringents. Scanzoni dit avoir employé ces moyens pendant des mois entiers, sans aucun succès; de sorte qu'il est revenu à l'emploi des antiphlogistiques locaux.]

La *dysménorrhée* qui a pour cause un rétrécissement utérin doit être traitée par la dilatation, à l'aide des sondes, de l'éponge, etc. Nous exposerons ce traitement plus loin.

La *dysménorrhée* par flexion exige le redressement de l'utérus que l'on obtient à l'aide de l'emploi journalier de la sonde utérine, et ensuite de l'application d'un pessaire intra-utérin. Ce traitement, sur lequel nous ne pouvons pas nous étendre ici, nous a déjà procuré un bon nombre de guérisons de déviations utérines et de la dysménorrhée qui en est la conséquence.

Lorsque la *dysménorrhée* est due à une névralgie lombo-utérine, il faut employer, outre les médicaments qui vont être énumérés à propos de la dysménorrhée hystéralgique, qui a beaucoup de rapport avec elle, et qui même, dans beaucoup de cas cités par les auteurs, reconnaissait très probablement pour cause une névralgie de ce genre, les moyens topiques dirigés contre cette affection. Ainsi, les frictions sur le trajet des nerfs lombaires, la cautérisation superficielle du col avec le fer rouge, la cautérisation lombaire (Mitchell), la section du col (Malgaigne), etc.

La *dysménorrhée hystéralgique* ou *hystéralgie cataméniale*, ou *dysménorrhée nerveuse*, est celle que l'on a traitée par le plus grand nombre de moyens. Les premiers qui se sont présentés tout d'abord, et que l'on a le plus fréquemment prescrits sont les antispasmodiques.

*Antispasmodiques.* — Les principaux antispasmodiques mis en usage sont le *belladonna*, l'*asa foetida*, le musc et le castoréum. Ces substances ont été diversement associées entre elles ou avec d'autres, et il n'est pas de médecin qui ne sache



convenablement les manier. Nous nous bornerons donc à indiquer seulement quelques préparations qui jouissent d'une réputation assez grande dans le traitement des accidents qui nous occupent.

*L'asa foetida* peut être ingérée dans l'estomac sous forme de potion ou de teinture. La préparation suivante est assez usitée dans la dysménorrhée.

℞ *Asa foetida* . . . . . 1,25 gram. | Liqueur de corne de cerf succinée. 30 gram.

Faites une solution parfaite. Dose : de dix à vingt gouttes dans un verre d'eau, deux ou trois fois par jour.

On donne plus fréquemment encore cette substance en *lavement*, à cause de son saveur et de son odeur repoussantes.

La formule suivante, dans laquelle le *camphre* est la substance principale, a été vivement conseillée par Dewees :

Camphre . . . . . 1,25 gram. | Sucre . . . . . Q. s.  
Gomme arabique . . . . . 4 gram. | Eau de cannelle . . . . . 30 gram.

A prendre en deux fois dans la journée.

On sait que le *camphre* se donne très souvent aussi dans un quart ou un demi-lavement, et délayé dans un jaune d'œuf. Nous indiquerons plus loin celui que conseille Lisfranc, et qui contient, outre le camphre, une certaine quantité de *laudanum*.

Il n'est assurément pas de médicament qui ait joui d'une plus grande réputation contre les affections utérines et contre la dysménorrhée en particulier, que le *castoréum*, aujourd'hui assez négligé. Il fait partie d'une multitude de préparations dont quelques-unes sont remarquables par la grande quantité de substances qu'elles renferment. Nous nous bornerons à citer la suivante, dans laquelle entrent l'*éther* et une *substance ammoniacale*, et qui peut être prescrite dans le plus grand nombre des cas :

℞ Teinture de castoréum . . } à 10 gram. | Éther sulfurique . . . . . 4 gram.  
Esprit de corne de cerf . . }

Dose : trente à quarante gouttes dans une tasse d'infusion de camomille.

Nous nous bornerons à citer encore des préparations analogues dans lesquelles entre le *musc* ; mais on les trouvera avec trop de facilité pour qu'il soit réellement utile de les consigner ici. Nous devons cependant faire une mention spéciale de l'*éther*, qui est d'une utilité incontestable et du plus grand usage. Il suffit de prescrire une *potion éthérée* ordinaire.

*Narcotiques.* — Les narcotiques sont indiqués dans la dysménorrhée hystérique, bien plus encore que dans celle qui reconnaît pour cause un engorgement sanguin. L'*opium* est celui que l'on emploie le plus fréquemment. M. Pigeaux a réuni l'*opium* au camphre, sous le nom de *pilules contre la dysménorrhée*, dans la formule suivante :

℞ *Opium brut* . . . . . 0,05 gram. | *Camphre* . . . . . 0,30 gram.

Mélez. Faites deux pilules. Dose : une matin et soir.

On peut ajouter, ainsi qu'il suit, le *castoréum* à ces substances :

℞ Poudre de castoréum.... 4	gram.		Extrait d'opium.....	0,50 gram.
Camphre.....	0,50 gram.		Rob de sureau.....	Q. s.

Faites douze bols. Dose : deux toutes les six heures.

Lisfranc recommande le *lavement* suivant, qu'il faut prendre presque froid, et se couchant, pour qu'il soit plus facilement conservé :

℞ Eau de guimauve..... Q. s. pour un quart de lavement.  
Laudanum de Sydenham..... 4, 6, 8 gouttes et plus, suivant les cas.  
Camphre dissous dans un jaune d'œuf... de 0,15 à 0,30 gram.

Mêler. Continuer ce quart de lavement tant que durent les douleurs, et même dans l'intervalle des règles.

L'extrait de *belladone* et celui de *jusquiame* peuvent aussi être mis en usage ; mais il suffit d'avoir bien établi l'indication pour que le traitement devienne facile, et que de plus grands détails cessent d'être indispensables.

Les *pessaires médicamenteux* sont aussi très utiles. On peut les faire avec un mélange de cire, d'axonge et d'extrait de *belladone* ou de *ciguë*. S'ils ne peuvent pas être supportés à cause de leur consistance, on les remplace par des *sachets* de mousseline que l'on remplit de cataplasme froid ou tiède de farine de graine de lin, et que l'on enduit d'une pommade calmante à l'opium, à la *belladone* ou à la *ciguë* ; on peut les introduire sans le secours du spéculum.

Les frictions d'un onguent au *chloroforme* sur l'hypogastre ou au sacrum sont souvent utiles.

*Injectons de vapeur de chloroforme dans le vagin.* — Scanzoni dit en avoir obtenu d'excellents résultats, et que souvent il a suffi de quelques minutes pour faire complètement disparaître les douleurs. Voici la description que donne cet auteur de l'appareil qu'il met en usage et de la manière de le faire fonctionner :

« L'appareil se compose d'une vessie de caoutchouc vulcanisé, munie d'une canule de bois qui s'adapte par une vis à l'un des pôles d'une sphère creuse de laiton. Cette sphère a environ 52 millimètres de diamètre et peut être séparée en deux moitiés. Le pôle est également percé d'une ouverture dans laquelle est fixé un tube du même métal, auquel s'adapte un tuyau de caoutchouc vulcanisé d'environ 50 centimètres de long. Celui-ci se termine par un anneau dans lequel se visse une canule utérine ; l'anneau et la canule sont de corne.

« Pour faire fonctionner ce petit appareil, on n'a qu'à mettre dans la capsule de laiton un peu de coton humecté de chloroforme, puis on introduit la canule aussi haut que possible dans le vagin. Par une compression exercée sur la vessie, on fait passer l'air qu'elle renferme dans la sphère de laiton ; il se sature ainsi de vapeur de chloroforme qu'il entraîne avec lui jusque sur le col de la matrice. »

*Injectons de gaz acide carbonique.* — On sait que l'acide carbonique gazeux a été employé il y a déjà longtemps comme moyen calmant des douleurs, c'est-à-dire comme *anesthésique local*. M. le docteur Le Juge (1) rapporte les premiers

(1) *Thèse. Paris, 1858.*

essais à Ingenhousz, physicien hollandais en 1794, à Beddoës, et à John Ewart, chirurgiens anglais; le dernier l'appliquait à des cancers du sein.

« Ce fut seulement en 1834, dit M. Le Juge, que le docteur Mojon, professeur et médecin à Gênes, fit usage du gaz acide carbonique comme anesthésique. Il l'employa avec succès en fumigations dans les douleurs vives, poignantes, accompagnées de tortillements dans la région utérine, que certaines femmes éprouvent quelques jours et souvent quelques heures avant l'apparition des règles..... En juillet 1856, M. Simpson, professeur d'accouchements à Edimbourg, conseilla les douches d'acide carbonique comme anesthésique local dans les névralgies du vagin, et de l'utérus et dans divers autres états morbides de ces organes, accompagnés de douleurs.... M. Follin (1) employa le premier, en France, les douches d'acide carbonique, » et il obtint des succès. Depuis cette époque, MM. Broca (2) et Ch. Bernard (3), médecins des hôpitaux, ont essayé avec plus ou moins de succès cet agent anesthésique, et M. Le Juge a rapporté une partie des expériences de M. Ch. Bernard.

Il n'entre pas dans notre plan d'exposer les phénomènes physiologiques produits par les injections d'acide carbonique. Nous emprunterons seulement à la thèse que nous venons de citer le passage suivant : « Les effets immédiats du gaz acide carbonique ont été de calmer des douleurs parfois très vives chez certaines de nos malades. Quelques-unes en ont éprouvé la cessation aussitôt après la première injection. L'effet anesthésique tantôt se maintenait toute la journée pour disparaître vers le soir; la malade prenait alors une seconde injection, et le bien-être recommençait pour durer jusqu'au lendemain matin; tantôt la durée anesthésique du gaz n'était que de quelques heures. Quelques-unes ont pris trois injections gazeuses par jour; la disparition des douleurs a été plus rapide et plus permanente chez celles-là. »

Le procédé de production et d'injection de l'acide carbonique est encore fort primitif, et il y a lieu d'espérer qu'il sera perfectionné.

L'appareil employé par M. Bernard se compose d'un flacon à deux ou trois tubulures, de la contenance d'un litre. On y introduit deux cartouches contenant :

L'une,

Bicarbonate de soude..... 25 gram.

et l'autre

Bisulfate de potasse..... 20 gram.

On opère le mélange et l'on ajoute une quantité d'eau suffisante pour le couvrir. On ferme une tubulure, et le gaz se dégage par l'autre, qui est munie d'un tube de caoutchouc terminé par une canule vaginale; cette canule doit être introduite dans le vagin avant le dégagement du gaz. On peut placer sur le trajet du conducteur une sphère creuse contenant une éponge imbibée de chloroforme, afin d'avoir un mélange de vapeur de cette substance avec le gaz acide carbonique.]

(1) *Archives générales de médecine*, novembre 1856.

(2) *Anesthésie par le gaz acide carbonique dans les cas d'affections douloureuses de la vessie* (*Moniteur des hôpitaux*, 4 août 1857).

(3) *Archives générales de médecine*, novembre 1857.

**Excitants.** — De légers excitants ont été conseillés par beaucoup d'auteurs. L. Trousseau et Pidoux (1) insistent beaucoup sur leur utilité dans les cas de menstruation douloureuse et difficile, avec frissonnements, pandiculations, spasmes, et surtout coliques utérines déchirantes. Les infusions de *menthe*, de *mélisse*, de *romarin*, de *lavande*, de *serpolet*, de *sauge*, etc., sont les moyens les plus simples et les plus efficaces à mettre en usage, lorsque l'on pense que cette légère excitation est nécessaire.

**Dilatation de l'orifice interne de l'utérus.** — Quand l'aménorrhée dépend d'un rétrécissement de la cavité du col, M. le docteur Bennett (2) emploie avec avantage les tentes d'éponge de M. Simpson. « Ce sont, dit ce médecin, de très petits cônes d'un pouce à un pouce trois quarts de longueur, dont l'extrémité la plus petite est mousse, et qui sont enduits d'une couche mince de cire. Je prends un de ces cônes, le plus petit ordinairement, et je le porte dans la cavité du col aussi haut que je le peux, au moyen d'un stylet ou du mandrin de M. Simpson; je le laisse en place pendant vingt-quatre ou trente-six heures; la cire qui sert d'enveloppe à l'éponge se ramollit et protège en quelque sorte les tissus contre la dilatation produite par le gonflement de l'éponge; la résistance du col est vaincue, et le résultat est obtenu sans avoir irrité la membrane muqueuse....

• La première éponge ne pénètre pas à une profondeur de plus d'un quart de pouce ou d'un demi-pouce; mais chaque nouvelle tente qui est introduite pénètre plus haut. De crainte de produire de l'irritation, je n'en introduis que chaque deux ou six jours, de sorte qu'il faut en général tout l'intervalle compris entre deux périodes menstruelles pour obtenir la dilatation du col. Le jour où l'on retire la tente, ce qui se fait au moyen d'un fil de soie qui traverse la base du cône, il y a un écoulement muqueux assez abondant; aussi fais-je des injections froides répétées dans le vagin, afin de faire tomber l'irritation que cette manœuvre peut avoir produite. »

Voici les détails que M. le professeur Simpson a donnés (3) sur la préparation de ces éponges.

• Les éponges que j'emploie, dit l'honorable professeur, offrent la forme d'un cône ou d'une pyramide allongée. J'en ai de longueurs et de grandeurs diverses, suivant le but que je me propose. Pour préparer ces tentes, on trempe un morceau d'éponge dans une forte solution de gomme arabique; on le lie ensuite et on le comprime autour d'une tige centrale au moyen d'une ficelle, en lui donnant la forme d'un cône; puis on le fait sécher, on enlève la ficelle, et plus tard on enduit la surface de la tente avec du suif ou avec un mélange de cire et d'axonge pour faciliter son introduction. Le canal intérieur qui doit recevoir la tige du mandrin sert à porter la tente dans la cavité du col ne doit pas avoir une profondeur de plus d'un demi-pouce ou d'un pouce à partir de la base du cône. Un des côtés de la base est traversé par un fil qui sert à retirer l'éponge. .... L'introduction se fait par le même procédé que pour le cathétérisme utérin. Il faut faire quelquefois des injections d'eau tiède pour faciliter la dilatation. »

1 *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, 6<sup>e</sup> édition. Paris, 1838, t. II, p. 474.

2 *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus*, trad. par le docteur Aran. Paris, 1840.

3 *Monthly Journal*, janvier 1850.

Dans tous les cas, il y a un *malaise général*, souvent une *céphalalgie* occupant toute la tête, et plus forte vers la nuque. Les malades sont extrêmement irritables, fantasques, bizarres; elles ont quelquefois des bouffées de chaleur au visage, et quelquefois des horripilations; et ce qu'il a de remarquable, ce qui prouve bien la nature nerveuse de l'affection, c'est qu'au milieu de ces symptômes violents, le *pouls* reste presque toujours parfaitement calme.

Il est ordinaire de voir ces phénomènes se calmer beaucoup et même disparaître complètement lorsque l'hémorrhagie menstruelle s'établit; cependant on voit des dysménorrhées continuer même alors que le sang a commencé à couler. Presque constamment, en pareil cas, le sang s'échappe avec peine, goutte à goutte, et semble être exprimé péniblement par des contractions utérines douloureuses. Parfois même ce n'est qu'un liquide muco-séreux ou sanguinolent qui est ainsi rendu. C'est là ce que, à l'exemple d'Aétius, quelques auteurs ont appelé *stillicidium uteri*. Il est vrai de dire que cet écoulement pénible et douloureux s'observe bien plus souvent dans la dysménorrhée par engorgement sanguin de l'utérus que dans la dysménorrhée hystéralgique.

[*Formes principales.* — Comme il nous paraît important, au point de vue de la thérapeutique, de fixer nettement les caractères des deux variétés principales de la dysménorrhée, savoir : la *dysménorrhée nerveuse* et la *dysménorrhée congestive*, nous en empruntons la description à l'ouvrage de Scanzoni.

1° *Dysménorrhée nerveuse.* — « Les femmes qui souffrent de cette anomalie présentent ordinairement des phénomènes plus ou moins nombreux d'une irritabilité excessive du système nerveux tout entier, ou seulement de quelque une de ses parties. Elles sont presque toutes hystériques, et, en les observant de plus près, il n'est pas difficile de remarquer en elles l'un ou l'autre des symptômes de cette maladie. Cependant on se tromperait beaucoup en croyant que cette forme de dysménorrhée ne se rencontre que chez des sujets délicats, maigres et anémiques; tout praticien a l'occasion d'observer la dysménorrhée nerveuse chez des femmes d'une bonne constitution, robustes et pléthoriques.

« Les symptômes sont ordinairement les suivants : Quelques jours déjà avant l'apparition des règles, les malades montrent une mauvaise humeur surprenante; elles sont abattues, capricieuses, évitent la société, recherchent la solitude et accusent un malaise général qu'elles ne peuvent définir nettement. Plus tard, simultanément à divers troubles digestifs, tels que des éructations, des flatuosités, de la constipation, etc., elles se plaignent d'une céphalalgie très pénible, souvent bornée à l'un des côtés de la tête, et à laquelle se joignent souvent des troubles visuels, particulièrement la photophobie, accompagnée d'une hypersécrétion des glandes lacrymales. Peu à peu des sensations douloureuses dans les organes du bassin se font sentir : ce sont des tiraillements, des élancements, qui restent bornés à la région utérine ou s'irradient vers les cuisses, le siège et les lombes; très souvent ils s'étendent aussi aux mamelles, quoique avec moins d'intensité. A ces accidents viennent fréquemment se joindre une constriction convulsive du vagin, un prurit de la vulve très désagréable, plus fréquemment encore un ténésme vésical et rectal. L'urine, rejetée en petite quantité, est d'un jaune-paille, presque toujours alcaline et renferme, au bout de quelque temps, un grand nombre de champignons et de *vibrions*. Tous ces symptômes augmentent graduellement et atteignent leur maxi-

ment d'intensité immédiatement avant l'apparition du flux menstruel. Ils se tempèrent en général assez rapidement, dès que l'écoulement est bien établi; il y a même des cas où les malades, peu auparavant très souffrantes, se trouvent parfaitement bien quelques heures après le commencement des menstrues, et se mettent aussitôt à vaquer à leurs affaires, ce qui, avant cela, leur avait été complètement impossible pendant plusieurs jours. Chez la plupart des malades, ces accès se répètent à chaque période avec plus ou moins d'intensité. Quelquefois cependant ils disparaissent tout à coup pour ne plus revenir, sans qu'il soit possible de découvrir la cause de cette guérison.

• Nous ajouterons encore que, dans cette forme de dysménorrhée, l'exploration de l'utérus et de ses annexes ne fait connaître aucune altération anatomique. Cependant il ne faut pas oublier que, lorsqu'il existe des vices organiques de la matrice, tels que ceux que nous avons signalés plus haut, les règles sont souvent précédées des mêmes symptômes que nous venons de décrire. »

2° *Dysménorrhée congestive.* — « Cette forme est essentiellement caractérisée par les phénomènes de la congestion des organes du bassin. Un ou plusieurs jours avant le retour des règles, les malades accusent un sentiment de plénitude, de pesanteur et de chaleur dans le bassin, des douleurs compressives vers le sacrum, un besoin fréquent d'uriner et d'aller à la selle; puis à ces symptômes viennent se joindre une excitation fébrile plus ou moins prononcée. Les signes de la congestion cérébrale manquent rarement : le visage est rouge, l'œil a un éclat insolite, les carotides battent avec force, le front et l'occiput sont le siège d'une céphalalgie intense. Fréquemment aussi l'activité anormale du système vasculaire donne lieu à des palpitations passagères ou même continues et à des transpirations abondantes. Il y a rarement du délire, des convulsions ou du coma.

• Au toucher, on trouve la température du vagin élevée, la région inguinale et l'intérus douloureux; ce dernier est quelquefois notablement grossi, tuméfié, et cette tuméfaction disparaît d'ordinaire peu de temps après le commencement de l'écoulement; elle est surtout prononcée lorsque la dysménorrhée congestive est compliquée d'un engorgement chronique de l'organe. Dans ces cas-là, les malades elles-mêmes disent que la tumeur qu'elles sentent au travers des parois abdominales augmente de volume trois ou quatre jours avant chaque période. L'hémorrhagie est au commencement très peu copieuse, elle se borne quelquefois à quelques gouttes de sang; au bout de deux ou trois jours, quelquefois encore plus tard, les douleurs expulsives diminuent d'intensité ou cessent complètement, en même temps que l'écoulement devient plus abondant; et il n'est pas rare qu'il devienne une véritable ménorrhagie qui dure encore six à huit jours; souvent alors le sang est coagulé en assez gros caillots.

• Nous devons mentionner aussi les cas dans lesquels les malades, tout en présentant les symptômes de la dysménorrhée congestive, rendent des fragments membraneux d'une grandeur variable. • Ce sont ces membranes que nous avons décrites comme étant la muqueuse utérine elle-même, hypertrophiée et décollée.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La dysménorrhée est ordinairement continue, et présente une marche croissante c'est-à-dire que, quelques jours avant les règles, les femmes qui y sont sujettes



commencent à s'apercevoir, à un malaise particulier, que leur éruption se prépare. Puis le malaise augmente, les douleurs et les autres symptômes s'y joignent, et ils arrivent à leur summum au moment où le sang va se montrer.

La *durée* de la dysménorrhée est, comme nous l'avons dit plus haut, de deux ou trois jours ; quelquefois néanmoins, elle se prolonge davantage, et dans certains cas on ne la voit durer que quelques heures. Quant à la *terminaison*, elle est toujours heureuse ; mais, ainsi que nous l'avons vu, l'apparition des premières gouttes de sang ne fait pas toujours disparaître les douleurs ; quelquefois même les douleurs augmentent, ce que l'on doit presque toujours attribuer à la formation et à la rétention de caillots sanguins dans la cavité de l'utérus. Nous n'avons trouvé aucune observation dans laquelle ces douleurs aient persisté après les règles. Il est des cas, sans doute, où il reste un état de souffrance de l'utérus, mais cette souffrance est causée, soit par une névralgie, soit par une maladie organique que la dysménorrhée était venue exaspérer.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Nous n'avons pas besoin de dire quelles sont les *lésions anatomiques* qu'on trouve dans la dysménorrhée par engorgement sanguin et par lésion organique ; elles n'appartiennent pas à la dysménorrhée elle-même. Quant à celles qui sont causées par un caillot ou par une membrane, ce sont ces corps étrangers eux-mêmes qui, avec un certain degré d'engorgement, constituent les altérations anatomiques. Vient ensuite la dysménorrhée hystéralgique ; mais on n'a pas pu faire de recherches anatomiques sur ce point, et si nous nous rappelons l'état d'intégrité dans lequel une exploration attentive a trouvé l'utérus dans les cas les plus intenses, nous sommes porté à admettre que ces recherches, si elles avaient pu être faites, n'auraient conduit à aucun résultat important. Reste la dysménorrhée produite par les flexions de l'utérus, le rétrécissement de l'orifice interne, l'aplatissement du canal utérin. Il est très probable qu'avant les dernières recherches sur les déviations utérines, on a pris bien des cas de ce genre pour des dysménorrhées hystéralgiques. Nous reviendrons sur ces points d'anatomie pathologique dans l'histoire des *déviations utérines*.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la dysménorrhée ne présente ordinairement aucune difficulté. La coïncidence des douleurs avec l'approche de l'époque menstruelle, leur disparition lorsque les règles sont établies ou ont suffisamment coulé, leur retour à une époque suivante, font cesser tous les doutes.

Cependant on a cité, comme pouvant être confondu avec la dysménorrhée, l'état douloureux qui résulte de la *fluxion hémorroïdaire*. Les douleurs, dans les deux cas, occupent le bassin et peuvent s'irradier au loin, et les symptômes généraux sont à très peu près les mêmes. Mais la turgescence douloureuse des glandes mammaires n'a pas lieu dans la fluxion hémorroïdaire, qui fréquemment a pu, en se montrant hors de l'époque des règles, fixer l'attention du médecin, et, dans tous les cas, l'examen du rectum, qu'il faut faire dès qu'il y a le moindre doute, lève toutes les difficultés.



Ce que le médecin est surtout intéressé à rechercher avec soin, parce qu'il peut en tirer des conclusions très utiles pour le traitement, c'est *la condition organique* dans laquelle s'est produite la dysménorrhée. Or, nous devons renvoyer, sous ce rapport, aux divers articles particuliers qui concernent les états morbides auxquels rattache la dysménorrhée, tels que la congestion sanguine, les maladies organiques, le rétrécissement, la flexion du col, la névralgie lombo-utérine. Si aucun de ces signes n'existe; si, à l'aide du toucher par le vagin et par le rectum, on constate l'intégrité de la matrice et sa position normale, il est évident qu'on a affaire à cette espèce appelée dysménorrhée hystéralgique.

*Pronostic.* — Le pronostic ne saurait être grave, en ce sens que les jours de la malade ne sont pas menacés. Dans certains cas de dysménorrhée symptomatique il est certain que les femmes sont en danger, mais ce n'est évidemment pas à la dysménorrhée elle-même qu'il faut attribuer ce danger, même en partie. On ne peut pas dire, d'un autre côté, que le pronostic ne présente jamais un côté sérieux. Il est, en effet, des dysménorrhées très rebelles, et qui peuvent être pendant de longues années une source d'incommodités très grandes pour les femmes. Nous reviendrons sur ce point en parlant du traitement.

[Doit-on admettre qu'une dysménorrhée longtemps prolongée, soit capable de produire des altérations chroniques des parois utérines? On doit penser, en général, que les lésions observées ont précédé la dysménorrhée et en ont été la cause plutôt que l'effet, et c'est à cette opinion que se rangent la plupart des médecins français, comme MM. Nonat, Aran, Becquerel, ainsi que Scanzoni. Cependant il est facile de concevoir que des congestions répétées et difficilement satisfaites puissent apporter dans les parois utérines les éléments plastiques des inflammations, des productions fongueuses, fibreuses, etc.; peut-être même peuvent-elles être, non la cause, mais l'élément localisateur d'une diathèse cancéreuse.]

## § VII. — Traitement.

Pour exposer méthodiquement le traitement de la dysménorrhée, il faut de toute nécessité tenir compte de la division établie plus haut.

1° S'il s'agit d'une *dysménorrhée par engorgement sanguin, ou congestive*, il faut recourir au traitement qui sera indiqué à l'article *Congestion utérine*, en insistant beaucoup sur les *émissions sanguines locales*, sur les *émollients*, les *bains* et les *narcotiques*, à la tête desquels il faut placer l'*opium*. Les *lavements laudanisés* donnés *froids* et les vésicatoires morphinés constituent, en pareil cas, les moyens les plus efficaces qu'on puisse employer.

C'est surtout dans cette dysménorrhée que Lisfranc conseille avec insistance de *petites saignées révulsives*, un peu avant chaque époque menstruelle. Après avoir bien précisé l'époque du retour des règles, et avoir noté combien de jours avant leur apparition durent ordinairement les symptômes de la dysménorrhée, on pratique, un ou deux jours avant que ces symptômes viennent à apparaître, ou pendant qu'ils existent, si l'on a été appelé trop tard, une petite saignée de 100, 120, 130 grammes, qu'on renouvelle ensuite aux époques menstruelles suivantes, jusqu'à complète guérison. M. Gendrin, qui a mis maintes fois en pratique cette saignée, et notamment dans le cas que nous avons cité plus haut, lui attribue de nombreux succès.

de *passive*, les femmes épuisées par des maladies antérieures, par des *convalescences difficiles*, surtout si, pendant ces maladies et ces convalescences, le régime a été très sévère. On a attribué la même influence prédisposante à tout ce qui peut affaiblir considérablement l'organisme : ainsi la *lactation* trop longtemps prolongée, les flux muqueux, etc.

On a remarqué que les femmes qui ont eu de nombreux *accouchements* ou *avortements*, surtout à de courts intervalles, sont plus sujettes que les autres à la *métrorrhagie*, et l'on en a dit autant de celles qui font abus des boissons chaudes et *relâchantes*, des injections, des lavements chauds, etc.

*Constitution médicale.* — On a cité plusieurs faits qui semblent prouver qu'à certaines époques les flux *métrorrhagiques* se produisent avec une facilité remarquable. La circonstance principale à considérer dans ces faits, c'est que d'après les auteurs qui les ont rapportés, il régnait alors des affections regardées comme *bilieuses*. Tous ont mentionné à ce sujet les observations de Stoll, en 1778, et celles qui furent recueillies dans l'épidémie du Tecklembourg ; mais quelle conviction peuvent porter dans les esprits des faits indiqués sans aucun détail ?

*Hérédité.* — Enfin, comme dernière cause prédisposante, on a signalé l'hérédité, sans toutefois apporter en faveur de cette cause de meilleures preuves que celles qu'on a données pour les précédentes.

## 2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, nous trouvons d'abord les excitations directes, comme l'*abus du coït*, la *masturbation*, la *présence d'un pessaire*. Relativement à l'abus du coït, nous avons les recherches précieuses de Parent-Duchâtelet (1), qui prouvent l'influence de cette cause par la fréquence de la *métrorrhagie* chez les filles publiques. On a cité des cas où la *métrorrhagie* est survenue au moment où les malades faisaient des *efforts* pour soulever un fardeau, ou bien faisaient des mouvements brusques.

Les *secousses* imprimées au corps par le cheval et la voiture sont des causes qui se rapprochent des précédentes ; il en est de même des *violents exercices* du corps, la course, le saut, la danse. Enfin on a vu le sang commencer à couler, et parfois avec abondance, immédiatement après une chute sur les pieds, sur le siège ou sur les genoux.

Les *émotions vives*, les passions violentes, et surtout les accès de colère, ont été suivis parfois du flux *métrorrhagique*. Plusieurs auteurs en ont cité des exemples, et l'on en trouve de remarquables dans l'ouvrage de M. Brierre de Boismont.

D'après quelques auteurs, une irritation produite sur les intestins, l'emploi de *purgatifs drastiques*, la présence des *vers* dans le tube intestinal (Van den Bosch) suffiraient pour provoquer une *métrorrhagie*.

Nous retrouvons ici, comme causes occasionnelles, un certain nombre de celles que nous avons déjà passées en revue comme causes prédisposantes. Ainsi on a noté que de simples injections chaudes, un bain chaud, et surtout un bain de siège peuvent provoquer une *métrorrhagie* qui peut-être ne se serait pas produite sans ces causes déterminantes.

(1) *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3<sup>e</sup> édition. Paris, 1837, t. I, p. 233.

On a signalé, en outre, l'application des sangsues sur le col utérin, ou seulement sur les parties génitales, surtout lorsqu'on les met en petit nombre, comme quand on veut rappeler les règles; la cautérisation du col, les pédiluves irritants, les sinapismes aux jambes; en un mot, tout ce qui tend à attirer le sang vers le bassin et les extrémités inférieures.

Enfin il faut nécessairement placer parmi les causes de la métrorrhagie l'emploi des emménagogues qui, employés dans le but de rétablir les règles diminuées ou supprimées, ont souvent dépassé le but et donné lieu à des hémorrhagies inquiétantes. Nous avons vu, en faisant la description de l'aménorrhée, quelles sont les limites auxquelles il faut s'arrêter.

Les causes occasionnelles que nous venons d'énumérer agissent principalement à l'époque des règles, lorsque naturellement le sang se porte vers l'utérus. C'est alors surtout que les excès de coït, les exercices violents, les émotions vives, agissent efficacement, et, d'un flux sanguin qui jusqu'à ce moment paraissait tout à fait normal, font une hémorrhagie parfois inquiétante. De là on peut conclure que c'est principalement l'espèce de flux sanguin de l'utérus auquel on a donné le nom de *ménorrhagie* qui est produit par les causes occasionnelles.

[M. Constantin Paul, interne des hôpitaux, signale, dans un travail tout récent (1), l'intoxication saturnine comme cause de métrorrhagie. Dans l'étude des maladies produites par le plomb, nous reviendrons sur ce point et sur les autres remarques importantes contenues dans le mémoire de cet observateur.]

### 3° Conditions organiques.

Nous avons vu plus haut qu'on admet des métrorrhagies qui n'auraient d'autre cause qu'un état pléthorique plus ou moins marqué, et si l'existence de cette cause est reconnue, il faut en conclure que la maladie peut se produire sous l'influence de la seule augmentation des globules du sang; car, à l'article *Pléthore*, nous avons dit que cette augmentation des globules est le caractère essentiel de la pléthore sanguine. On a simplement appliqué à la métrorrhagie ce qui a été dit des hémorrhagies en général, et l'on n'a pas fait de recherches particulières pour cette affection.

Quelques auteurs ont parlé d'une pléthore locale, d'un *raptus* plus ou moins violent du sang vers l'utérus, qui se termine plus tôt ou plus tard par une hémorrhagie. Cette prétendue pléthore partielle n'est autre chose qu'une congestion, comme celle qui a été décrite dans l'article précédent, et qui se renouvelle plus ou moins fréquemment avant la perte utérine. C'est dans les cas de ce genre qu'en prenant des informations on arrive assez souvent, suivant les auteurs, à constater que la femme a eu des accouchements nombreux ou de fréquentes fausses couches. Dans certains cas, néanmoins, il est impossible de découvrir la cause de ces fréquentes congestions, ce qui cependant serait d'une grande importance.

Des conditions tout opposées peuvent se rencontrer chez les femmes affectées de métrorrhagie. Leur sang est plus fluide, moins chargé de globules, et surtout de fibrine. C'est ce que l'on observe principalement dans la *ménorrhagie* avec état

(1) *Étude sur l'intoxication lente par les préparations de plomb, et de son influence sur le produit de la conception* (Arch. gén. de méd., mai 1860).

chlorotique, car, en pareil cas, c'est presque toujours aux époques des règles que se produit l'hémorrhagie. Il faut bien prendre garde toutefois de confondre cet état du sang avec l'anémie qui résulte d'une affection organique de plus ou moins longue durée, et de croire que l'hémorrhagie a lieu tout simplement sous l'influence de cet appauvrissement du liquide sanguin. Il y a, ainsi que nous allons le voir, une cause bien plus puissante d'hémorrhagie dans l'affection organique, et ce qui le prouve, c'est que l'appauvrissement du sang n'est que consécutif aux nombreuses pertes provoquées par la lésion de l'organe.

Certaines altérations, certaines productions morbides de l'utérus, donnent lieu à l'hémorrhagie utérine, et, dans ces cas, la maladie constitue un signe souvent très grave, outre les dangers qu'elle fait par elle-même courir à la malade. Tout le monde sait que les fongosités et les cancers de l'utérus s'accompagnent fréquemment d'hémorrhagie utérine, mais on n'a généralement pas une juste idée de la fréquence et de la valeur de ce symptôme. Nous reviendrons sur ce point aux articles *Fongosités* et *Cancer de l'utérus*, et nous nous contenterons de dire ici que, dans l'immense majorité des cas, M. Louis (*Recherches inédites*) a vu la maladie débiter par une perte de sang plus ou moins considérable. Les malades, interrogées avant leur entrée en traitement, ont presque toujours répondu qu'au moment de leur première perte elles trouvaient dans un très bon état de santé, n'avaient ni douleur ni pesanteur dans le bassin durant depuis un peu de temps, n'avaient pas d'écoulement, ou si elles avaient des fleurs blanches, y étaient sujettes depuis longtemps, et ne les avaient pas vu changer de caractère. Ce fait, qui est analogue à ce que nous avons noté dans le cancer de quelques autres organes, et en particulier dans le cancer de l'estomac, est surtout remarquable par la constance avec laquelle se produit l'hémorrhagie, car, dans les autres organes, la fréquence de l'hémorrhagie, au début, est loin d'être aussi considérable.

Il faut nécessairement, dans quelques cas, avoir recours, pour expliquer la métrorrhagie, à un état particulier du sang qui prédispose les sujets aux hémorrhagies de toute espèce. Ce sont là encore de ces exemples d'hémorrhagie constitutionnelle que nous avons maintes fois cités à propos de l'épistaxis, l'hématémèse, etc. Ce qu'il y a de remarquable dans ces cas, c'est que le plus souvent l'hémorrhagie a lieu par plusieurs voies à la fois. On est naturellement porté à ranger les cas de ce genre parmi les métrorrhagies dues à une diminution de la fibrine du sang; mais cette cause mystérieuse, qui souvent, en un temps très court, produit une semblable altération du sang, comme dans les cas où ce liquide s'échappe à la fois par la bouche et par l'intestin, forme des taches sous la peau (*purpura hæmorrhagica, ecchymoses scorbutiques*), etc.; cette cause, disons-nous, donne aux cas dont il s'agit ici une physionomie toute particulière.

Enfin M. Mitchell (1) a cité des faits qui prouvent que la métrorrhagie peut être sous la dépendance de cette *névralgie lombo-utérine*, que nous avons fait connaître et qui commence à fixer l'attention des médecins (voy. *Dysménorrhée* et *Névralgie utérine*).

### § III. — Symptômes.

Nous allons indiquer quelques variétés dont nous exposerons les caractères, tout en reconnaissant que l'on n'observe pas toujours, à beaucoup près, au lit des ma-

(1) *Loc. cit.*

lades, des différences aussi tranchées ; il sera facile ensuite au médecin attentif d'en faire l'application aux cas particuliers.

Nous parlerons d'abord des hémorrhagies abondantes survenues rapidement et se terminant en peu de temps ; quelques auteurs leur ont donné le nom de *métrorrhagie aiguë*. Puis nous passerons aux hémorrhagies qui consistent uniquement dans une prolongation outre mesure de la période menstruelle : c'est cette espèce qui a reçu particulièrement le nom de *ménorrhagie*, bien que la précédente doive être, dans un assez bon nombre de cas, comprise sous cette dénomination, car elle se produit de préférence pendant les règles ; enfin, nous ferons connaître les hémorrhagies de longue durée, se produisant aussi bien en dehors des périodes menstruelles que dans leur cours, et auxquelles on a donné le nom de *métrorrhagie chronique* ou de *métrorrhagie passive*, suivant qu'on a considéré leur durée ou les symptômes locaux et généraux qui les caractérisent.

*Symptômes précurseurs.* — Presque tous les auteurs reconnaissent que la métrorrhagie peut se produire sans symptômes précurseurs, ou que du moins ces symptômes sont parfois si légers qu'ils n'attirent pas l'attention. On voit, en effet, chez certaines femmes, le sang s'échapper par le vagin en assez grande abondance, et l'hémorrhagie devenir ensuite inquiétante, soit par sa violence, soit par sa durée, sans qu'aucun signe général ou local soit venu les avertir de l'imminence de la métrorrhagie. C'est ce que l'on a observé, aussi bien dans la métrorrhagie simple ou *essentielle* que dans la métrorrhagie symptomatique. C'est aussi ce que l'on observe assez souvent dans la *ménorrhagie* : les règles se produisent comme de coutume ; pendant un certain temps, elles coulent comme à l'ordinaire, puis la perte de sang augmente sans qu'il soit survenu rien de particulier ; ou bien à l'époque où les menstrues devraient cesser, elles continuent pendant plusieurs jours, pendant plusieurs semaines, sans autre symptômes que ceux qui sont sous la dépendance d'une perte de sang trop considérable. Il n'est pas très rare également de voir la métrorrhagie déterminée par une cause directe, une violence extérieure, se produire ainsi sans prodromes : c'est ce que l'on observe lorsque la perte de sang suit immédiatement l'action de la cause, lorsque, par exemple, ainsi que le fait remarquer M. P. Dubois (1), une femme étant tombée sur le siège, elle se trouve aussitôt ou presque aussitôt baignée de sang.

Mais il est bien plus ordinaire de voir des symptômes marqués précéder la perte de sang ; et, si l'on en croyait quelques auteurs, il en serait toujours ainsi. Telle est l'opinion de M. Duparcque (*loc. cit.*), qui désigne les métrorrhagies sous le nom d'*engorgements* hémorrhagiques. La lecture des observations, et les faits que chacun peut voir passer sous ses yeux, prouvent que cette manière de voir est exagérée.

Les symptômes précurseurs sont très variables suivant les cas ; leur intensité est généralement en rapport avec la difficulté que le sang éprouve à s'échapper au dehors, et ils résultent presque tous de congestion utérine, ce qui, comme nous venons de le voir, a valu à la maladie le nom d'*engorgement hémorrhagique*. Il faut les distinguer en *locaux* et en *généraux*.

Les symptômes locaux sont les suivants : Les malades éprouvent vers le bassin

(1) *Dictionnaire de médecine en 30 volumes*, t. XIX, art. MÉTRORRHAGIE.

un sentiment de pesanteur, de plénitude, de fatigue, et parfois même de chaleur inaccoutumée. Ces symptômes, avec un état d'agitation, de malaise général plus ou moins marqué, sont souvent les seuls qui annoncent la perte utérine. Dans d'autres cas, et ordinairement lorsque l'hémorrhagie doit être plus considérable, on observe, en outre, des douleurs s'irradiant vers les lombes, l'abdomen, les cuisses; de l'ardeur, du prurit vers les organes génitaux, et enfin, dans les cas les plus graves, il y a de véritables coliques utérines, des contractions expulsives, sur lesquelles M. Duparcque a particulièrement insisté. Si, à cette époque, et avant que l'écoulement du sang ait commencé, on est appelé auprès de la malade, on trouve, en palpant et en percutant l'hypogastre, le développement de l'utérus tel qu'il a été indiqué par le toucher, on constate la tuméfaction du col et la pesanteur augmentée de l'organe.

Les symptômes généraux peuvent être bornés à un léger malaise; mais, dans les cas graves, on a observé une tension plus ou moins grande des hypochondres, parfois la tuméfaction des mamelles, et même une douleur marquée de ces organes, sur laquelle nous nous sommes étendu à l'article *Dysménorrhée*; des lassitudes spontanées, une céphalalgie persistante que nous retrouverons dans les symptômes de la perte sanguine, puis le développement, la dureté, l'accélération du pouls, parfois sa petitesse, et enfin, dans des cas plus rares, des horripilations, le refroidissement des extrémités, et surtout des extrémités inférieures, avec des bouffées de chaleur à la face, des alternatives de chaud et de froid dans tout le corps, des tintements d'oreilles, des vertiges.

Il faudrait bien se garder de croire que les symptômes qui viennent d'être indiqués se montrent ainsi groupés dans toutes les métrorrhagies qui présentent des prodromes. On a procédé, dans la description de cette affection, comme dans celle de toutes les hémorrhagies; on a pris, dans les cas les plus divers, des symptômes précurseurs isolés, et on les a ensuite réunis pour en faire le tableau des prodromes de la métrorrhagie; mais au lit des malades on n'en trouve souvent qu'un ou deux, et bien rarement on les observe tous. Ces symptômes précurseurs se montrent principalement dans les métrorrhagies dites actives, et ils sont en rapport avec la violence de la perte qui doit survenir. Il y a néanmoins d'assez nombreuses exceptions à cette règle.

*Symptômes pendant l'hémorrhagie.* — L'apparition de la perte utérine n'est pas moins variable, suivant les cas, que les symptômes précurseurs qui l'annoncent ordinairement. Quelquefois on voit le sang s'échapper *tout à coup* en quantité considérable, et parfois même on a observé une véritable hémorrhagie foudroyante, tant l'écoulement de sang s'est fait avec abondance et rapidité. Le plus souvent, au contraire, ce n'est que peu à peu que la perte utérine arrive à son summum, comme cela a lieu dans les menstrues ordinaires.

L'impétuosité avec laquelle s'échappe le liquide est considérable, suivant tous les auteurs, dans les cas d'hémorrhagie active ou bien d'hémorrhagie aiguë. Mais ce n'est pas sur un résumé exact d'un assez grand nombre de faits que cette opinion a été établie. On voit fréquemment, soit chez les femmes déjà anémiques, soit dans des cas de cancer de l'utérus, circonstances dans lesquelles on observe plus particulièrement les métrorrhagies regardées comme passives, de grandes pertes de sang survenir *tout à coup* ou très rapidement. Nous avons eu sous les yeux



une femme affectée de cancer, qui a eu, sans symptômes précurseurs, sans aucun des signes attribués à la métrorrhagie active, une perte utérine telle, que la malade avait l'aspect exsangue et qu'elle était dans le plus haut degré de faiblesse.

Dans la métrorrhagie que nous avons appelée aiguë, pour suivre la distinction mentionnée plus haut, mais sans attacher d'autre valeur à ce mot, on observera, d'après les auteurs, *la couleur rutilante, un degré élevé de température, une grande coagulabilité du sang* ; tandis que dans les autres espèces on trouverait des caractères opposés. Mais ce n'est pas à la plus ou moins grande durée de l'hémorrhagie, ni même jusqu'à un certain point, à la présence ou à l'absence de symptômes de congestion locale et générale, que se rapportent ces divers caractères ; c'est bien plutôt à l'état dans lequel se trouve la malade au moment de l'hémorrhagie. S'il s'agit d'une femme délicate, ayant le sang peu riche, ce liquide, bien que l'affection se soit accompagnée de signes de congestion, d'accélération et même de plénitude du pouls, etc., sortira pâle, non coagulé, séreux en un mot, tandis que chez une femme bien constituée, le sang perdu sera riche, même alors que la perte durera depuis assez longtemps, et qu'elle se sera produite peu à peu, sans symptômes locaux ou généraux bien marqués. Dans les cas de maladie organique le sang peut également être riche ou pauvre et séreux, suivant l'état de la constitution. En général, les premières pertes donnent lieu à l'évacuation d'un sang riche, coloré, coagulable, tandis que lorsque l'affection a fait des progrès, et lorsque les pertes se sont succédées à d'assez courts intervalles, le sang devient toujours aqueux, et ne se coagule que faiblement ou pas du tout.

La formation de *caillots* mérite une mention particulière, quand il s'agit de l'hémorrhagie utérine. Quelquefois, en effet, ces caillots sont tellement volumineux qu'ils obstruent complètement la voie par où doit s'échapper le sang, et que celui-ci continuant à s'accumuler au-dessus de l'obstacle, il en résulte des accidents graves que nous ferons connaître plus loin. Parfois une grande quantité de caillots sont expulsés tout à coup avec beaucoup de sang liquide ; d'autres fois les caillots ne se montrent qu'en petit nombre et sous un petit volume : ils n'ont alors d'autre inconvénient que de pouvoir stationner dans le vagin, chez les femmes peu ségneuses, et de s'y altérer.

L'abondance de l'écoulement de sang n'a généralement pas été appréciée dans les cas d'hémorrhagie utérine comme dans les autres hémorrhagies, ce qui tient sans doute à ce que ce liquide s'écoulant sur des linges, il est difficile d'en mesurer la quantité. Tout le monde sait du reste que la quantité de sang perdue, dans un court espace de temps, peut être énorme, et l'on a cité des cas, comme nous le disions plus haut, où l'hémorrhagie a été foudroyante, c'est-à-dire qu'en quelques instants la malade a été sur le point de succomber, ou même a succombé. Il faut dire, cependant, que les cas de ce genre sont extrêmement rares dans la métrorrhagie non puerpérale dont il s'agit ici. Parmi ces cas exceptionnels, les principaux appartiennent au cancer et à ces hémorrhagies constitutionnelles dont nous avons eu à parler à propos des pertes de sang de tous les organes.

Comme pour l'*épistaxis*, on a voulu reconnaître dans quelques signes particuliers si le sang provenait des artères ou des veines de l'utérus. Le docteur Ashwell

(1) *A practical treatise on the diseases peculiar to women.* London, 1843.



*trorrhagie par augmentation des globules du sang; une métrorrhagie par diminution de la fibrine du sang; une métrorrhagie par altération du solide modifiant la texture ou la circulation de l'organe; et enfin une métrorrhagie par simple lésion dynamique.* Les deux premières espèces correspondent aux métrorrhagies passive et active des auteurs; la troisième, qui n'est autre chose que *métrorrhagie symptomatique*, se rattache à certaines maladies de l'utérus, comme le *cancer*, les *polypes*; elle n'a d'importance que lorsque, par l'abondance de la perte de sang, l'organisme subit une grave altération, et lorsque les jours du malade sont menacés; quant à la quatrième, il est évident que la dénomination qu'on lui donne équivaut à dire que la cause de la maladie n'est pas connue.

Dans le cours de cet article, nous signalerons ce qui appartient en propre à diverses espèces sans les décrire chacune en particulier. Il en est une même, qui reconnaît pour cause une lésion profonde de l'utérus, qui ne peut nous intéresser que dans une seule circonstance : c'est lorsqu'elle compromet l'existence de la malade; car lorsqu'elle est modérée, elle n'est qu'un phénomène secondaire qui appartient à la description de la maladie dans le cours de laquelle elle se produit.

Il est une espèce des plus importantes qui ne doit pas, d'après la division consacrée, faire partie d'un traité de pathologie interne : c'est celle qui survient chez les femmes enceintes ou en couches. C'est dans les traités d'accouchement qu'il faut en chercher la description.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *métrorrhagie* à tout écoulement de sang provenant de l'utérus, lorsqu'il dépasse les bornes de l'écoulement menstruel, ou lorsqu'il est produit hors des époques menstruelles. Cette définition est adoptée par tout le monde.

On a désigné cette affection sous les noms de *hæmorrhagia uterina*, *parametrorrhagia*, *superflua*, *menorrhagia*, *fluor uterini sanguinis*, *hysterorrhagia sanguinea*, *stillicidium uteri*; *perte rouge*, *hémométrorrhagie*, etc. On désigne particulièrement sous le nom de *ménorrhagie* le flux immodéré des règles, tandis que l'expression de *métrorrhagie* est plus spécialement appliquée à l'hémorrhagie hors des époques menstruelles. Quoique le mot de *métrorrhagie* ne désigne pas la nature de l'écoulement, il a une signification généralement admise, il est adopté par presque tous les auteurs; il n'y a donc pas nécessité de lui en substituer un autre.

La *fréquence* de la métrorrhagie est grande; c'est ce que nous apprend la pratique de tous les jours. Nous verrons tout à l'heure s'il est permis d'indiquer la fréquence suivant les espèces.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

*Age.* — On trouve dans la science quelques exemples de métrorrhagie chez des filles très jeunes : de cinq, six et sept ans, par exemple; mais ces faits sont fort rares, du moins dans nos climats. Il n'est pas non plus fréquent, quoique les exemples en soient notablement plus nombreux, de voir la métrorrhagie survenir dans les premières années de la menstruation, à moins que ce ne soit pendant l'ac-

lever les caillots et de rétablir l'écoulement, pour faire cesser aussitôt les douleurs vives qu'éprouvaient les malades.

L'examen des organes qui sont le siège de l'hémorrhagie doit toujours être fait avec soin. Il donne des résultats différents, suivant qu'on a affaire à un écoulement de sang idiopathique ou à une métrorrhagie symptomatique. Dans le premier cas, si l'on pratique le *toucher*, on trouve le col plus ou moins volumineux, mou et un peu chaud, lorsqu'il s'agit d'une métrorrhagie commençante chez une femme encore robuste, et surtout lorsqu'une congestion utérine un peu forte a précédé l'hémorrhagie. Si, au contraire, il s'agit d'une femme débilitée, soit par la métrorrhagie elle-même, après des pertes multipliées, soit par une autre maladie, la mollesse et la spongiosité du col de l'utérus peuvent être les seuls signes observés. Dans tous les cas, le col est plus ou moins entr'ouvert et admet l'extrémité du doigt.

Si l'on a affaire à une métrorrhagie symptomatique d'une affection de l'utérus, et nous savons que, à part les *polypes* qui sont du domaine de la chirurgie, le cancer de la matrice est l'affection qui donne presque exclusivement lieu à ces pertes sanguines, on trouve le col tuméfié et offrant des saillies dures, qui le rendent inégal, ou bien des déperditions de substance ; en un mot, les signes que nous aurons à décrire lorsqu'il sera question du cancer de l'utérus.

L'inspection à l'aide du *spéculum* fait apprécier plus exactement la tuméfaction du col. Celui-ci est d'un rouge foncé, il saigne lorsque les branches du spéculum le touchent, et l'on aperçoit son ouverture béante, parfois très dilatée, qui laisse échapper le sang venant de la cavité utérine. Le col présente fréquemment des granulations, des érosions autour de son ouverture ; mais il ne faut pas croire que ce soit là la source de la métrorrhagie : si, en effet, on étanche le sang avec un pinceau, on voit les portions granulées ou érodées rester sèches, tandis que le sang continue à couler par l'ouverture du col. Quant à la petite quantité de sang qui s'échappe souvent des érosions, surtout lorsqu'on presse sur elles, on ne saurait la regarder comme constituant une métrorrhagie, ou du moins, pour le praticien, ce n'est qu'un léger accident qu'il serait inutile de décrire comme une affection distincte. En écartant les lèvres du col, on aperçoit parfois les fongosités signalées par M. Jobert.

Des *symptômes généraux*, très divers, suivant les cas, et suivant que la maladie a déjà duré plus ou moins longtemps, se montrent dans la métrorrhagie. Si l'écoulement de sang a lieu chez une femme fortement constituée et pléthorique, et s'il ne dépasse pas une certaine limite, quoique constituant une véritable hémorrhagie, il en résulte parfois un bien-être général, et surtout un soulagement marqué du côté du bassin. Mais si l'hémorrhagie se prolonge, on observe tous les accidents qui vont être mentionnés lorsqu'il s'agira des métrorrhagies chez les femmes débilitées, et des métrorrhagies qu'on a désignées sous le nom de chroniques.

L'abondance de la perte a nécessairement une grande influence sur la production des symptômes généraux. Si elle est extrêmement considérable, on observe tous les accidents des grandes hémorrhagies, tels que la lipothymie, les horripilations, la sueur froide, l'impossibilité de se mouvoir, la petitesse du pouls, etc. ; mais il est bien rare qu'on rencontre, hors de la parturition, des hémorrhagies utérines capables de produire de semblables accidents. Il est néanmoins, dans la mé-

hémorrhagie comme dans toutes les hémorrhagies, des cas dans lesquels les défaillances, les tremblements de membres, et autres signes des grandes pertes de sang, se montrent sans que l'écoulement ait été très considérable. La frayeur éprouvée par les malades peut seule rendre compte de ces phénomènes, et c'est ce qui nous explique pourquoi ils se montrent bien plus rarement dans la métrorrhagie que dans les autres affections du même genre, et surtout dans l'hémoptysie. Les femmes étant sujettes aux pertes de sang naturelles par cette voie s'effrayent difficilement, même lorsque l'hémorrhagie est assez considérable.

Des accidents nerveux d'un autre genre accompagnent fréquemment la métrorrhagie. Ce sont ceux que nous avons déjà signalés à propos de la congestion utérine. C'est une irritabilité parfois très grande, des attaques d'hystérie, des troubles nerveux variables. Les auteurs ont cité des cas où ces symptômes se montrent même avant que les malades aient perdu une grande quantité de sang ; mais c'est surtout lorsque la perte a duré depuis un certain temps, et que l'anémie commence, qu'on les voit apparaître.

Un symptôme qui se rapproche des précédents par sa nature, est une *céphalalgie* parfois opiniâtre, et dont le siège est ordinairement à l'occiput. C'est aussi après une certaine durée de l'affection que cette céphalalgie se manifeste ordinairement.

Enfin une perte de sang prolongée amène les divers signes de l'anémie. Les malades pâlisent, les lèvres et la langue se décolorent ; les yeux prennent cette transparence particulière qui annonce que le sang est devenu plus séreux, ils sont entourés d'un cercle brunâtre ; les femmes tombent dans la langueur ; l'appétit se perd, les digestions sont troublées, on observe les symptômes de la *gastralgie* et de l'*entéralgie* ; il y a un amaigrissement plus ou moins marqué ; la face présente un certain degré de bouffissure, et plus tard on voit, vers le soir, survenir un gonflement œdémateux des pieds. On a cité des cas où l'*hydrothorax* et l'*ascite* se sont montrés à une époque avancée de la maladie ; mais ces cas sont rares, et les circonstances dans lesquelles ces épanchements se produisent n'ont pas été bien déterminées.

Nous avons vu plus haut que l'écoulement sanguin est parfois interrompu par la formation d'un caillot vers l'orifice utérin. En pareil cas, l'écoulement de sang peut continuer dans la cavité utérine avec assez de force pour produire les symptômes de l'hémorrhagie interne, tels que les horripilations, le frisson, le tremblement des membres, le froid des extrémités, la sueur froide, la pâleur, les lipothymies, etc. ; mais ces phénomènes ne s'observent guère que dans les cas d'hémorrhagie utérine après l'accouchement. Lorsqu'il en est ainsi, la palpation et la percussion de l'hypogastre ont la plus grande importance, car elles font reconnaître l'augmentation de volume de l'utérus, et parfois même les contractions qui se produisent dans cet organe pour chasser le sang qu'il contient.

Dans cette description, nous n'avons pas fait entrer les symptômes qui appartiennent au cancer de l'utérus, affection dans laquelle se montre si fréquemment la métrorrhagie ; il suffira de les chercher à l'article consacré à cette affection.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison, état du sang.

La marche de la maladie présente des particularités importantes. Lorsqu'il s'agit de ces métrorrhagies idiopathiques que les uns ont appelées actives et les autres

aiguës, on voit la perte de sang se produire rapidement, acquérir promptement son plus haut degré, puis disparaître pour ne plus se montrer, à moins que de nouvelles causes efficientes ne viennent la reproduire. Dans la ménorrhagie, les choses se passent parfois de la même manière, c'est-à-dire qu'à une époque menstruelle, le sang s'échappe avec plus d'abondance et pendant un temps plus long qu'à l'ordinaire; puis l'hémorrhagie cesse, et, aux époques suivantes, on n'observe plus rien de semblable. D'autres fois, même lorsqu'il n'existe qu'une métrorrhagie idiopathique, la perte de sang revient à des intervalles plus ou moins éloignés, et à chaque fois, elle laisse les malades dans un état de dépérissement plus grand. Les prodromes dont j'ai donné la description peuvent se montrer à chacune de ces nouvelles apparitions de l'hémorrhagie. Il en est de même de certains cas de métrorrhagie; cette affection peut se reproduire pendant longtemps à chaque époque menstruelle, tantôt plus, tantôt moins abondante, suivant des circonstances qu'il est impossible d'indiquer d'une manière précise. C'est là ce qu'on observe, principalement dans la *chlorose ménorrhagique*. Enfin, il n'est pas très rare de voir la ménorrhagie idiopathique suivre une marche continue; mais, alors même le sang ne s'échappe pas tous les jours avec la même abondance; parfois l'écoulement est très faible, et parfois il devient très considérable. C'est surtout vers les époques menstruelles que l'hémorrhagie augmente, et l'on a observé que ces diverses recrudescences sont fréquemment précédées des symptômes de congestion dont nous avons maintes fois parlé.

Dans les cas où la métrorrhagie est symptomatique d'un *cancer de l'utérus*, la marche de l'hémorrhagie est également intermittente. Nous avons vu plus haut que, dans le plus grand nombre des cas, une perte de sang marque le début de l'affection cancéreuse; ensuite tout semble rentrer dans l'ordre, jusqu'à ce qu'une nouvelle hémorrhagie se manifeste, ou bien les signes du cancer, tels que l'écoulement sanguinolent et fétide, les douleurs, etc., se produisent, et le cancer suit la marche que nous indiquerons plus loin. A des intervalles variables, il se fait de nouvelles hémorrhagies, et, comme dans la phthisie pulmonaire, il est remarquable que ces hémorrhagies deviennent de moins en moins abondantes et fréquentes, mesure que l'affection organique fait de plus grands progrès, ce qui tient, sans aucun doute, à l'oblitération des vaisseaux et au changement de structure des tissus affectés.

On a cité des métrorrhagies *périodiques*, et dont la périodicité serait comparable à celle des fièvres intermittentes. Les faits les plus intéressants et les plus authentiques de ce genre sont ceux qui ont été recueillis par Picqué (1) et par Arloing (2), et que M. Roche a cités dans son ouvrage (3). Dans le cas cité par Picqué, la métrorrhagie revenait tous les jours à six heures du matin, et, dans celui qu'a rapporté Arloing, l'hémorrhagie avait le type tierce; toutes les deux cédèrent à l'emploi du quinquina. Les faits de ce genre sont très rares.

Il faut prendre garde de se laisser tromper par une circonstance que nous avons déjà mentionnée, et de regarder toujours comme une métrorrhagie intermittente

(1) *Journal de médecine*, 1774.

(2) *Journal général de médecine*. Paris, 1816.

(3) *Nouveaux éléments de pathologie medico-chirurgicale*, par Roche, Sanson et Lenoir, 4<sup>e</sup> édition. Paris, 1844, t. II, p. 48.

chlorotique, car, en pareil cas, c'est presque toujours aux époques des règles qu'il se produit l'hémorrhagie. Il faut bien prendre garde toutefois de confondre cet état du sang avec l'anémie qui résulte d'une affection organique de plus ou moins longue durée, et de croire que l'hémorrhagie a lieu tout simplement sous l'influence de cet appauvrissement du liquide sanguin. Il y a, ainsi que nous allons le voir, une cause bien plus puissante d'hémorrhagie dans l'affection organique, et ce qui le prouve, c'est que l'appauvrissement du sang n'est que consécutif aux nombreuses pertes provoquées par la lésion de l'organe.

Certaines altérations, certaines productions morbides de l'utérus, donnent lieu à l'hémorrhagie utérine, et, dans ces cas, la maladie constitue un signe souvent très grave, outre les dangers qu'elle fait par elle-même courir à la malade. Tout le monde sait que les fongosités et les cancers de l'utérus s'accompagnent fréquemment d'hémorrhagie utérine, mais on n'a généralement pas une juste idée de la fréquence et de la valeur de ce symptôme. Nous reviendrons sur ce point aux articles *Fongosités* et *Cancer de l'utérus*, et nous nous contenterons de dire ici que, dans l'immense majorité des cas, M. Louis (*Recherches inédites*) a vu la maladie débiter par une perte de sang plus ou moins considérable. Les malades, interrogées au moment de leur première perte, ont presque toujours répondu qu'au moment de leur première perte elles trouvaient dans un très bon état de santé, n'avaient ni douleur ni pesanteur dans le bassin durant depuis un peu de temps, n'avaient pas d'écoulement, ou si elles avaient des fleurs blanches, y étaient sujettes depuis longtemps, et ne les avaient pas vu changer de caractère. Ce fait, qui est analogue à ce que nous avons noté dans le cancer de quelques autres organes, et en particulier dans le cancer de l'estomac, est surtout remarquable par la constance avec laquelle se produit l'hémorrhagie, car, dans les autres organes, la fréquence de l'hémorrhagie, au début, est loin d'être aussi considérable.

Il faut nécessairement, dans quelques cas, avoir recours, pour expliquer la métrorrhagie, à un état particulier du sang qui prédispose les sujets aux hémorrhagies de toute espèce. Ce sont là encore de ces exemples d'hémorrhagie constitutionnelle que nous avons maintes fois cités à propos de l'épistaxis, l'hématémèse, etc. Ce qu'il y a de remarquable dans ces cas, c'est que le plus souvent l'hémorrhagie a lieu par plusieurs voies à la fois. On est naturellement porté à ranger les cas de ce genre parmi les métrorrhagies dues à une diminution de la fibrine du sang; mais cette cause mystérieuse, qui souvent, en un temps très court, produit une semblable altération du sang, comme dans les cas où ce liquide s'échappe à la fois par la bouche et par l'intestin, forme des taches sous la peau (*purpura hæmorrhagica*, *ecchymoses scorbutiques*), etc.; cette cause, disons-nous, donne aux cas dont il s'agit ici une physionomie toute particulière.

Enfin M. Mitchell (1) a cité des faits qui prouvent que la métrorrhagie peut être sous la dépendance de cette *névralgie lombo-utérine*, que nous avons fait connaître et qui commence à fixer l'attention des médecins (voy. *Dysménorrhée* et *Névralgie utérine*).

### § III. — Symptômes.

Nous allons indiquer quelques variétés dont nous exposerons les caractères, tout en reconnaissant que l'on n'observe pas toujours, à beaucoup près, au lit des m

(1) *Loc. cit.*

de dans les descriptions que nous ont données les auteurs, il s'agit de métrorrhagies de nature très diverse, et que l'on n'a pas assez distingué les cas. Quelques-uns ont principalement eu en vue la métrorrhagie survenant après l'accouchement. Quant aux cas où l'hémorrhagie est symptomatique du cancer, on trouve, outre les signes d'engorgement sanguin, les lésions propres à cette affection. Nous n'avons pas à nous en occuper davantage ici.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Lorsque l'hémorrhagie survient hors l'époque des règles, ou assez longtemps après la cessation complète des menstrues, il n'est pas douteux qu'il existe une métrorrhagie. Mais il est souvent difficile de dire si aux époques menstruelles l'écoulement sanguin reste dans les limites physiologiques, ou s'il faut le considérer comme une métrorrhagie. Il arrive, en effet, assez fréquemment, que les femmes voient leurs règles continuer un, deux ou trois jours de plus qu'à l'ordinaire, sans que l'on regarde cette prolongation comme morbide. Où commencera donc l'état pathologique ? M. Grisolle veut que l'on ait seulement égard à l'influence que l'hémorrhagie exerce sur les principales fonctions. C'est là un moyen de diagnostic qui n'est pas sans valeur ; mais il ne faudrait pas s'en-exagérer l'importance. Il n'est pas rare, en effet, de voir des femmes qui ont pendant dix et quinze jours des pertes utérines médiocrement abondantes sans en éprouver de dérangement notable : doit-on regarder ces hémorrhagies comme entièrement physiologiques, ou faut-il que l'on sache que ces femmes n'ont habituellement leurs règles que pendant trois, quatre et cinq jours ? Il faut tenir à la fois compte, et de l'abondance du sang qui s'écoule, et de la durée de l'hémorrhagie, et des effets produits par elle sur l'économie ; il est impossible que l'on n'arrive pas de cette manière à un diagnostic précis, sur lequel il serait inutile d'insister.

Il est un autre diagnostic bien plus important : c'est celui qui consiste à déterminer les *conditions organiques* dans lesquelles se produit l'hémorrhagie. Si elle a lieu qu'aux époques menstruelles, si elle n'est pas extrêmement abondante, et si après elle, il ne reste aucun symptôme du côté de l'utérus, on peut présumer qu'il s'agit d'une simple métrorrhagie essentielle. Si, au contraire, c'est en dehors de l'époque des règles, surtout lorsque les femmes sont dans leur temps critique, et, à plus forte raison, lorsqu'elles l'ont passé depuis un certain temps, et si après l'hémorrhagie il reste de la pesanteur dans le bassin, un écoulement jaune ou rouxâtre, avec amaigrissement et débilitation, on doit supposer l'existence d'une lésion organique. L'examen par le toucher et le spéculum viendra d'ailleurs lever les doutes qui pourraient rester encore.

L'espèce d'hémorrhagie utérine la plus difficile à diagnostiquer avec précision est celle qui est liée à la chlorose, et sur laquelle M. Trousseau a spécialement appelé l'attention des médecins. Il y a, en pareil cas, pâleur de la face, palpitations, sueurs, en un mot les signes de la chlorose, quoique les menstrues soient très abondantes ; mais nous savons combien les signes de l'anémie consécutive aux pertes de sang se rapprochent de la chlorose : c'est au point que plusieurs auteurs ne distinguent pas ces deux états morbides l'un de l'autre (1) ; il faudrait donc

1. Voy. tome I, article *Anémie*, p. 488, et *Chlorose*, p. 494.



évidemment établir principalement ce diagnostic sur les renseignements fournis par la malade. Si l'état de langueur, de faiblesse, si la pâleur, les palpitations, etc. ont précédé les menstrues trop abondantes, on n'aura aucun doute, il s'agira d'une métrorrhagie chlorotique. Si l'état général a coïncidé avec la première apparition des menstrues trop abondantes, le cas devient plus difficile; et alors, comme dans les cas où les symptômes de chlorose n'ont été manifestes ni avant l'apparition de la maladie ni à son début, c'est à l'influence du traitement qu'il faudra demander la solution de cette question difficile.

*Pronostic.* — Nous avons dit, à propos de la terminaison, ce qu'il y a de plus important relativement au pronostic, et nous venons d'y joindre quelques nouvelles considérations à propos du diagnostic. Nous ajouterons seulement ici que Lisfranc considère la métrorrhagie comme une cause de stérilité, ce qui est loin d'être inadmissible, mais ce qui a besoin d'être confirmé par de nouvelles observations.

### § VII. — Traitement.

Pour exposer d'une manière convenable le traitement de la métrorrhagie, il faut nécessairement établir trois catégories. Dans la première nous rangeons les *hémorrhagies assez abondantes pour mettre la vie en danger*; dans la seconde nous parlerons de ces métrorrhagies que l'on a appelées *actives* ou *aiguës*, et dans lesquelles on observe principalement la *congestion de l'utérus*; dans la troisième enfin, il s'agit de la métrorrhagie dite *chronique*. Les autres distinctions établies plus haut viendront se ranger sous ces trois chefs.

1° *Métrorrhagie assez abondante pour mettre la vie en danger.* — Il est rare qu'une métrorrhagie survenant hors de la parturition soit assez abondante pour mettre la vie en danger; ce n'est guère que dans les conditions où l'on observe les *hémorrhagies constitutionnelles*, que l'on a à craindre un pareil accident; cependant, comme on a cité quelques cas de ce genre, il importe d'indiquer la conduite à tenir en pareille circonstance.

*Emissions sanguines.* — Lorsque l'hémorrhagie a été assez abondante, on peut guère être disposé à enlever encore une plus ou moins grande quantité de sang aux malades déjà anémiées; ce moyen ne saurait donc être mis en usage qu'au début de ces hémorrhagies qui s'annoncent comme très violentes, et dans lesquelles l'examen de l'utérus fait reconnaître un engorgement sanguin considérable.

Dès longtemps la *saignée générale* a été pratiquée dans la métrorrhagie, et est encore aujourd'hui conseillée par la plupart des auteurs; mais tous ne veulent pas que l'on y procède de la même manière. Les uns veulent que l'on enlève rapidement une grande quantité de sang par la veine, de manière à faire tomber la malade en faiblesse. Ce moyen a réussi dans quelques cas, mais il ne faut pas l'établir en règle générale. Si la femme est forte et pléthorique, on peut y avoir recours; mais il faut toujours se régler sur la quantité de sang qu'elle a déjà perdue. Laz Rivièrre (1), recommande, d'après Hollerius (2), de faire de grandes saignées, et

(1) *Praxis medicæ*, lib. XV, cap. III, *De flux. mens. immod.*

(2) *Comment.*, apher. 50, sect. V.



en retirant le sang par *jets interrompus*, ce que l'on pratique en plaçant le doigt sur l'ouverture de la veine et en le retirant alternativement. L'expérience ne nous a rien appris sur l'efficacité de ce procédé. Enfin d'autres médecins préfèrent pratiquer une très petite saignée, et y revenir à des intervalles rapprochés, soit en comprimant la veine, soit en pratiquant une autre ouverture; mais cette pratique est plus souvent suivie dans les cas où l'abondance du sang est médiocre et où la matrice dure depuis plusieurs jours.

Des *sangsues* en plus ou moins grand nombre appliquées à l'hypogastre, aux aines, aux lombes, sont conseillées lorsque des signes de congestion violente vers l'utérus se font remarquer, et dans les mêmes circonstances on applique des *ventouses scarifiées* sur les mêmes points.

Quelle est la valeur des émissions sanguines dans le traitement de la métrorrhagie dont il s'agit ici? C'est ce qu'il est bien difficile de dire avec précision. Les médecins ont toujours suivi l'usage traditionnel, sans rechercher, dans l'analyse des faits, l'influence réelle du moyen employé. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'il n'est guère d'agent thérapeutique qui soit plus généralement reconnu.

*Ventouses sèches.* — Un moyen qu'il faut rapprocher du précédent consiste dans l'emploi des *ventouses sèches*. Tout le monde connaît l'aphorisme dans lequel Hippocrate (1) conseille l'usage de ces ventouses. Il veut qu'on les applique sur les omoplates, et la sympathie bien évidente qui existe entre ces organes et l'utérus a, en effet, un motif d'agir ainsi; mais si le cas l'exige, on doit multiplier les ventouses et les appliquer sur la partie antérieure de la poitrine, sur les hypochondres, etc. On a, dans ces derniers temps, cité des cas où les *ventouses de Junod* ont arrêté des métrorrhagies assez inquiétantes; c'est aux bras qu'on les applique.

*Ligature des membres.* — La ligature des membres est aujourd'hui bien rarement pratiquée; on y avait recours autrefois plus fréquemment, comme on peut le voir dans l'ouvrage de Rivière; mais ce moyen, que l'on ne doit employer que dans les cas où la perte a été extrêmement abondante, ne trouve guère son application que dans la métrorrhagie puerpérale, dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

*Compression de l'aorte.* — La même remarque s'applique à la compression de l'aorte, qui a réussi dans des cas graves: c'est dans les hémorrhagies survenues à la suite de l'accouchement qu'elle a été mise en usage, et l'on comprend les difficultés que l'on éprouverait à l'exercer dans d'autres circonstances.

*Révulsifs.* — C'est encore dans le but de détourner de la matrice la fluxion sanguine, que l'on emploie les révulsifs. Ainsi on prescrit des *frictions irritantes* sur le dos, les lombes, les épaules, la partie antérieure de la poitrine. On peut employer pour cela un *liniment ammoniacal*, le suivant par exemple :

℞ Ammoniaque liquide..... 5 gram. | Huile d'olive..... 30 gram.

Mélez.

(1) *Œuvres complètes d'Hippocrate*, traduites par Littré, t. III, Aphorismes, sect. 4, b. 50.

ou bien encore le liniment suivant :

✕ Huile d'olive..... 30 gram. | Huile de croton tiglium.. .... 2 gram.

Mêlez.

Sur les mêmes points, et dans le même but, on applique des *vésicatoires volants* ou des *sinapismes* ; mais à ce sujet il faut faire une remarque importante. L'utilité réelle de ces moyens est loin d'être démontrée avec précision. Or nous avons vu plus haut que les femmes pouvaient se trouver dans un état d'excitation très grand ; on ne serait donc pas autorisé, vu l'efficacité hypothétique de ces moyens du moins dans les cas graves dont il s'agit ici, à les mettre en usage en pareille circonstance, au risque d'augmenter beaucoup cet état d'excitation nerveuse dans lequel se trouvent les malades.

Les *manuluves sinapisés*, auxquels plusieurs médecins accordent beaucoup de confiance, agissent de la même manière que les moyens qui viennent d'être indiqués.

*Application du froid.* — L'application du froid est un des plus puissants moyens que l'on puisse diriger contre les hémorrhagies utérines trop abondantes. De tout temps on y a eu recours contre ces hémorrhagies, aussi bien que contre celles qui ont leur siège dans d'autres organes, et ici nous trouvons plusieurs points par lesquels nous pouvons faire agir le froid sur l'utérus. Sur l'hypogastre, on applique des compresses trempées dans l'eau de puits, dans l'eau glacée, et fréquemment renouvelées, ou mieux encore, de la glace renfermée dans une vessie. Par le vagin on fait parvenir sur le col utérin des injections d'eau froide, et enfin on administre des lavements froids. Ce dernier moyen ne doit pas être négligé ; car, en remplissant le rectum d'un liquide froid, on agit sur le corps de l'utérus à la plus faible distance possible. Il faut recommander à la malade de conserver le lavement pendant quelques minutes, et de le réitérer dès qu'il est rendu, si le cas paraît l'exiger. Quant aux injections, M. Gendrin fait remarquer, avec raison, que c'est la manière dont le froid agit le moins bien, parce que d'abord la surface sur laquelle il est porté est la moins considérable, et qu'ensuite la température du liquide est bientôt élevée par le mélange du sang avec lui.

Il ne faut pas oublier, dans l'application du froid, cette sympathie des mamelles et de l'utérus que nous avons rappelée à propos de l'application des ventouses, en même temps qu'on agit par les applications sur la matrice, on doit employer les moyens précédemment indiqués pour attirer le sang vers les mamelles. Quelques auteurs néanmoins ont vu l'application *subite* de la glace sur les mamelles suspendre une métrorrhagie, par suite de l'espèce d'ébranlement général que produit la soustraction immédiate du calorique dans ces organes sensibles.

Les *affusions froides* et l'*immersion dans un bain froid* sont des moyens qu'on n'emploie que dans les cas les plus graves, et lorsque le danger est imminent. On doit en mesurer l'action sur l'état des forces de la malade. On commence, dans le cas de grande faiblesse, par une ou deux affusions ; puis on passe à l'immersion plus ou moins répétée, et enfin, si les forces le permettent, on laisse la malade dans le *bain froid*, pendant cinq, dix, quinze minutes. Il serait imprudent de prolonger davantage ces bains.

*Topiques astringents et styptiques.* — Pour les applications faites sur l'hypogastre et même pour les injections dans le rectum, il suffit de l'eau froide ou de la glace; les topiques styptiques et astringents n'auraient pas, en effet, d'action bien grande par cette voie indirecte : c'est donc pour les injections pratiquées dans le vagin qu'on a aujourd'hui presque exclusivement recours aux liquides dont il s'agit. Cependant les auteurs des derniers siècles ont mis en usage plusieurs de ces topiques, appliqués sur l'hypogastre ou sur le périnée. Rivière (*loc. cit.*) recommande d'abord des fomentations avec un liquide dont voici la formule :

✕ Racine de bistorte . . . — de tormentille. } Écorce de grenadier . . . } Feuilles de plantain . . . } — de centinode . . . }	} à à 15 gram. } } } à à une poignée.	Feuilles de thlaspi bursa pastoris. . . . . } — de préle. . . . . } Noix de cyprès . . . . . 30 gram.	} à à une poignée.
--	--	--	--------------------

Faites bouillir dans :

Eau ferrée et gros vin. . . . . 500 gram.

Pour fomentations fréquentes sur l'hypogastre.

Nous ne citons cette formule que pour montrer combien de médicaments divers employaient les anciens. Il en est une multitude d'autres, dont plusieurs sont des plus bizarres et qu'il serait tout à fait inutile de consigner ici; car, en l'absence de faits confirmatifs, aucun praticien ne voudrait les mettre en usage.

Rivière recommande aussi d'appliquer sur le pubis *une éponge qu'on a fait bouillir dans le vinaigre*, et divers ounguent et liniments, qui tous excitent plus ou moins violemment la peau.

Aujourd'hui, on se contente de prescrire des injections répétées plusieurs fois par jour, avec des liquides styptiques ou astringents; les suivantes, par exemple :

✕ Eau d'orge . . . . . 50 gram. | Vinaigre . . . . . 100 à 150 gram.

Mélez.

ou bien

✕ Eau de Rabel . . . . . 100 gram. | Eau commune . . . . . 500 gram.

ou encore :

✕ Extrait de Saturne . . . . . 10 gram. | Eau de rose . . . . . 1000 gram.  
 Vinaigre distillé . . . . . 250 gram.

Nous citerons enfin l'injection recommandée par Berends, et dont voici la formule :

✕ Sulfate de fer . . . . . de 4 à 8 gram. | Mucilage de gomme arabique . . . 4 gram.  
 Eau de sauge . . . . . 250 gram.

Mélez.

Rien ne prouve que, parmi ces injections diverses, il y en ait quelqu'une qui jouisse d'une vertu particulière; on n'a, par conséquent, à considérer, dans le

prescription, aussi bien que dans celle des autres injections du même genre (*alun, sulfate de zinc, noix de galle, tannin, etc.*), que leur plus ou moins grand degré d'action sur les tissus, de manière à la proportionner à la violence du mal, appréciation qui appartient tout entière au praticien.

**Tamponnement.** — Il est extrêmement rare, comme je l'ai déjà fait observer, que la métrorrhagie non puerpérale soit assez grave pour exiger la plupart des moyens précédents; à plus forte raison doit-on peu redouter d'avoir à employer le tamponnement, qui n'est nécessaire que dans les cas extrêmes. Aussi ne décrirons-nous pas ici cette opération fort simple, qui ne demande qu'un peu de soin. On trouvera dans le second volume de cet ouvrage (1) l'indication des divers liquides dont on peut aider l'action du tamponnement, dans les cas où on le juge convenable.

Gariel a imaginé un procédé particulier de tamponnement. M. Diday l'a employé avec succès, et le passage suivant d'un article qu'il a publié dans la *Gazette de Lyon* fera connaître l'instrument de Gariel.

« Cet appareil excessivement simple, construit en caoutchouc vulcanisé, représente une petite vessie terminée par un long tube. Vide et roulée sur elle-même, la poche a une grosseur et une longueur bien au-dessous de celle du petit doigt. Je le graissai et l'introduisis, conduit sur l'indicateur, aussi profondément que possible, dans le vagin. Puis, tout en le maintenant toujours en place du bout du doigt, je soufflai avec la bouche dans le tube resté en dehors. Je donnai ainsi à la vessie une dilatation dont j'avais pris idée d'avance par une insufflation préalable, et ce petit corps, que j'avais pu faire pénétrer presque inaperçu, prit instantanément une ampliation telle, qu'il constitua une sphère d'environ 33 centimètres de diamètre. Je retins l'air en liant l'extrémité du tube avec un fil. » Aujourd'hui cet appareil est d'un usage habituel, ayant été appliqué aux chutes de l'utérus. L'insufflation se fait à l'aide de poires de caoutchouc que l'on remplit d'air préalablement.

A ces moyens externes, on en associe d'autres qu'on fait agir à l'intérieur; mais comme ils sont les mêmes dans les cas graves dont nous venons de parler et dans ceux dont nous allons nous occuper, nous les indiquerons un peu plus loin.

2° Dans le plus grand nombre des cas, l'hémorrhagie que l'on a appelée *active aiguë*, et qui survient hors de l'époque de la parturition, est modérée et ne menace pas les jours de la malade. Mais elle peut avoir des résultats très fâcheux, si elle n'est pas convenablement traitée; car nous avons vu qu'elle peut persister, devenir chronique, et jeter les femmes dans un état de faiblesse et d'anémie.

Nous retrouvons ici les divers moyens que nous avons déjà passés en revue, mais qui doivent être employés avec plus de modération. Ainsi, relativement à la saignée, c'est aux petites saignées *révulsives* de 80 à 100 grammes, répétées plus ou moins souvent, qu'il faut généralement avoir recours. Des *sangsues* sont appliquées, comme dans le cas précédent, lorsqu'il existe une congestion utérine, et l'on est quelquefois obligé d'y revenir souvent, parce que la métrorrhagie dont nous nous occupons ici n'est pas ordinairement continue, mais revient à des intervalles variables, et toujours, chez la plupart des sujets du moins, avec un état de congestion notable.

(1) Article *Epistaxis*, t. II, p. 362.

Il est beaucoup moins important, dans ces métrorrhagies modérées, d'arrêter le sang par des moyens actifs. Il est même des cas où, comme dans toutes les hémorrhagies, l'écoulement doit être respecté : c'est lorsque, après tous les signes de congestion violente, la perte sanguine venant à s'effectuer, les symptômes tendent ou cessent complètement. Il n'est pas rare alors de voir, au bout d'un certain temps, le sang s'arrêter spontanément, et, loin d'être nuisible, l'hémorrhagie a été salutaire, en faisant cesser l'engorgement de l'utérus et l'état pléthorique général. Les mêmes réflexions s'appliquent aux *hémorrhagies utérines crises* signalées par la plupart des auteurs. Les faits cités par les auteurs sont bien faits pour démontrer péremptoirement son existence, et rien ne prouve qu'on n'ait été trompé par de simples coïncidences.

Quand cette hémorrhagie se prolonge de telle manière qu'on ne peut plus douter que la perte de sang est utile, doit-on se hâter d'employer des moyens actifs ? L'expérience de chaque jour prouve que cela n'est nullement nécessaire, et que la médication bien simple triomphe, dans presque tous les cas, de la métrorrhagie. M. Gendrin a donné à cette médication le nom de *méthode expectante*, qu'elle ne le mérite pas complètement, puisqu'on met en usage quelques moyens dont l'efficacité n'est pas contestable.

Donc rien ne fait craindre que la perte de sang soit nuisible à l'organisme, si la hémorrhagie est assez forte, si la congestion utérine est nulle ou peu considérable, on se bornera à prescrire un *repos absolu* dans la *position horizontale*, le bassin un peu plus élevé que le tronc, si les malades peuvent supporter cette position. La chambre doit être bien aérée et sa température peu élevée. La malade sera bien couverte ; on lui épargnera, autant que possible, les grands mouvements, en particulier les efforts pour aller à la garde-robe : pour cela, on prescrira des *laxatifs*, des lavements émollients, huileux, etc. On veillera à ce que la circulation ne soit pas gênée par des vêtements trop serrés, et l'on éloignera de la malade tout ce qui pourrait produire chez elle une émotion morale un peu vive, de quelque nature qu'elle soit.

Pour compléter cette médication, il suffit de recommander un *régime* très léger et doux, de prescrire les *boissons froides*, et surtout à la *glace*, les *aliments légers* et pris en petite quantité à la fois ; et enfin quelques lotions d'eau froide sur le ventre, si l'écoulement de sang ne diminue pas promptement sous l'influence des moyens que je viens d'indiquer.

Malgré l'emploi de cette médication, on voit assez souvent la métrorrhagie persister, et chez quelques femmes très nerveuses ou débilitées, une perte de sang prolongée pourrait avoir de grands inconvénients ; il est alors nécessaire de recourir à des moyens actifs, qui tous sont employés dans la métrorrhagie à marche chronique, et que, pour cette raison, nous allons exposer dans le traitement de cette espèce.

Que la métrorrhagie se soit montrée sous forme chronique dès le début, ou après avoir eu des signes de pléthore, de congestion, de réaction, les femmes débilitées par la perte de sang aient maigri, pâli et n'aient plus rendu qu'un sang coloré et presque séreux, les moyens à mettre en usage sont les mêmes.

On n'a pas à recourir, en pareil cas, aux émissions sanguines, ou, si un engorgement permanent de l'utérus exige qu'on applique quelques sangsues, on ne doit en appliquer qu'en petit nombre, et les laisser couler peu de temps, car une trop

grande perte de sang ajouterait beaucoup à la faiblesse et à l'anémie, et peut-être sans triompher de la congestion utérine.

**Médication interne.** — Un nombre très considérable de médicaments a été prescrit dans la métrorrhagie. Beaucoup d'entre eux sont mis en usage dans toutes les hémorrhagies. Nous indiquerons les principaux.

**Acides.** — Les acides ont été employés par presque tous les praticiens, et l'on a principalement recours aux *acides minéraux*. M. Mialhe (1) est venu nous donner l'explication de cette vertu antihémorrhagique propre aux acides minéraux, et que l'expérience avait fait reconnaître sans qu'on pût s'en rendre bien compte. Ces acides sont des coagulants du sérum du sang, tandis que les acides végétaux étendus d'eau, tels qu'ils doivent être donnés à l'intérieur, sont des fluidifiants.

De tous les acides, l'*acide sulfurique* est le plus fréquemment employé; on peut le donner sous forme de limonade, ainsi qu'il suit :

*Limonade sulfurique.*

℞ Acide sulfurique à 66 degrés. 5 gram. | Eau..... 1500 gram.

A prendre par verrées, en ajoutant à chaque verre :

Sirop de gomme..... 30 gram.

Agitez avec soin le mélange chaque fois que vous le verserez, car l'acide gagne les parties inférieures, et les dernières doses pourraient être trop fortes.

Le *julep antihémorrhagique*, tel que nous l'avons indiqué, tome II, à l'article *Epistaxis*, sera prescrit, si la malade répugne à prendre une trop grande quantité de liquide. Voici sa composition :

℞ Acide sulfurique..... 10 gram. | Sirop de guimauve..... 100 gram.  
Mucilage de gomme arabiq. 500 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

On peut employer de la même manière les *acides nitrique et hydrochlorique*; mais il ne faudrait pas, avec quelques praticiens, regarder l'*acide phosphorique hydraté* comme ayant la même propriété, car il résulte des recherches de M. Mialhe que cette substance a au contraire une propriété fluidifiante. C'est pourquoi on doit penser que dans les faits cités par certains auteurs, comme Lundeborg, Meissner et Burdach, qui ont prescrit cet acide, il y a eu quelque circonstance particulière et méconnue qui a favorisé la guérison de la métrorrhagie malgré l'emploi de ce médicament.

**Styptiques et astringents.** — L'*alun* est un des médicaments qui sont le plus généralement employés, surtout chez les femmes faibles, lymphatiques, débilitées. Le docteur John recommande la formule suivante, qui renferme d'autres médicaments dont nous aurons à nous occuper tout à l'heure.

℞ Alun..... 4 gram. | Opium..... 0,20 gram.  
Cannelle..... 1,25 gram.

Mêlez. Faites une poudre. Divisez en quatre paquets. Dose : un toutes les quatre heures.

(1) *Art de formuler*, p. 30 et suiv.

Cette poudre ressemble beaucoup, par sa composition, à la potion que Plenck conseillait dans les cas dont il est question. La voici :

℞ Eau de menthe.....	120 gram.		Alun.....	1,25 gram.
Teinture de cannelle.....	30 gram.		Sirop diacode.....	30 gram.

Faites Dose : deux cuillerées à bouche, d'abord toutes les heures, et ensuite toutes les 2 heures.

L'acétate de plomb est également donné à l'intérieur dans les mêmes circonstances; on le prescrit en pilules ainsi qu'il suit :

℞ Acétate de plomb.....		à 4 gram.		Sirop simple.....	Q. s.
Poudre de guimauve...					

Faites quarante pilules. Dose : quatre ou cinq par jour.

Le tannin a été mis en usage, et avec succès, principalement dans les derniers temps. La potion suivante a été vivement recommandée :

Tannin.....	1,50 gram.		Sirop de safran au vin de Malaga.	30 gram.
Eau distillée d'absinthe..	150 gram.			

Dose : de trois à six cuillerées par jour.

Le tan a été recommandé par Porta qui en fixe la dose à 2 grammes et demi par jour. Mais, suivant M. Trousseau, cette dose est trop faible, et l'on devrait l'augmenter d'un tiers, ou de la moitié et plus, progressivement, pour avoir une action thérapeutique réelle.

Le noix de galle a des propriétés analogues, ainsi que le cachou et les autres agents végétaux, dont par conséquent nous ne nous occuperons pas plus longtemps.

Le ratanhia doit être prescrit en extrait. Cette substance fait partie d'un grand nombre de potions auxquelles on a donné le nom d'hémostatiques; nous nous bornons à citer les suivantes :

#### *Potion hémostatique de Clarus.*

℞ Digitale.....	2 gram.		Eau bouillante.....	Q. s.
-----------------	---------	--	---------------------	-------

Obtenir 180 grammes d'infusion.

Faites la colature :

Extrait de ratanhia.....	de 2 à 3 gram.
--------------------------	----------------

Dose : une cuillerée toutes les trois heures.

#### *Potion hémostatique de Hildenbrand.*

Extrait de ratanhia.....	4 gram.		Élixir acide aromatique.....	2 gram.
Eau de camomille.....	130 gram.			

Faites. Dose : deux cuillerées toutes les deux heures.

On a associé l'extrait de ratanhia à l'alun, à l'acide sulfurique, au tannin, au tan, à diverses autres substances anti-hémorrhagiques, et il sera facile de faire



de semblables formules. Chez les personnes très jeunes, on peut donner cette substance en sirop que l'on prépare ainsi qu'il suit :

℞ Extrait de ratanhia..... 15 gram. | Eau..... 120 gram.

Ajoutez à la solution :

Sirop de sucre bouillant et réduit d'un quart.... 300 gram.

La *monésia* a les mêmes propriétés que la ratanhia, et bien qu'elle ait été préconisée vivement par MM. B. Derosne, Henry et Payen (1), il ne paraît pas, d'après les expériences faites par d'autres praticiens, qu'elle ait aucune vertu spéciale. Comme la ratanhia, c'est sous forme d'extrait et de sirop qu'on l'administre ordinairement.

Il serait inutile de multiplier ces moyens, et de parler, par exemple, du *bol d'Arménie*, du *sang-dragon*, etc., que donnaient les anciens. Les moyens précédents suffisent.

*Vomitifs.* — On a conseillé l'emploi des vomitifs, non-seulement lorsque la perte de l'appétit, un mauvais goût à la bouche, la pesanteur de tête peuvent faire croire à l'existence d'un *embarras gastrique* ; mais encore dans tous les cas de métrorrhagie chronique indistinctement. Ce qui empêche qu'on puisse savoir d'une manière positive quelle est la valeur de cette médication, c'est que, comme nous l'avons vu plus haut, la métrorrhagie de moyenne intensité tend souvent naturellement à la guérison. Il n'est pas douteux néanmoins que, dans les faits cités par Alphonse Leroy (2), MM. Gendron et Osborne (3), la diminution de l'écoulement sanguin n'ait suivi de près l'administration des vomitifs. Le dernier de ces auteurs recommande l'*ipécacuanha*, à la dose de 1,25 gram., et veut qu'on y revienne une ou deux fois, si les symptômes résistent. On emploie plus ordinairement le *tartre stibié* à dose vomitive. Alphonse Leroy recommande de répéter ce médicament plusieurs jours de suite.

*Purgatifs.* — De légers purgatifs, comme le *sulfate de soude*, de *magnésie*, l'*eau de Sedlitz*, sont également administrés dans les mêmes circonstances. Le docteur Osterlin unit le *séné* et le *sel de Glauber* à une infusion amère et excitante, ainsi qu'il suit :

℞ Follicules de séné.....	} à 15 gram.		Sel de Glauber.....	30 gram.
Herbe de millefeuille...			Semences de fenouil.....	10 gram.
— de petite centaurée				

Faites infuser dans :

Eau..... 300 gram.

Dose : une demi-tasse ou une tasse tous les matins.

*Opium.* — Les douleurs quelquefois vives et l'état nerveux dans lequel se trouvent les malades ont naturellement engagé les médecins à recourir aux narco-

(1) *Examen chimique et médical de la monésia*. Paris, 1844, in-8.

(2) *Voy. Dictionnaire des sciences médicales*.

(3) *Gazette médicale*, 1832.

ues, parmi lesquels l'opium tient la première place. Vogler (1) regarde ce moyen comme le plus efficace, et l'on trouve dans les divers recueils un assez grand nombre de mémoires où l'on vante l'efficacité de cette substance. Malheureusement les cas cités sont très divers, et la plupart se rapportent à des métrorrhagies puerpérales; en sorte que nous ne pouvons pas apprécier, d'après l'expérience, la valeur de ce médicament qui, selon quelques-uns, comme Robert Thomas, doit être donné à petites doses, et, selon d'autres, à haute dose (2).

Il est certain que, lorsque des douleurs plus ou moins vives s'irradient dans le bassin, les lombes, les cuisses, l'emploi de l'opium est indiqué; mais il faut, avant de le donner, s'assurer si ces douleurs ne sont pas dues à la présence d'un caillot ou de fausses membranes, comme dans les cas rapportés par Lisfranc; car alors le seul moyen de les faire cesser est de débarrasser le col de l'utérus des corps étrangers qui obstruent sa cavité. Dans d'autres cas aussi, comme on en voit des exemples dans les observations de M. Duparcque, ces douleurs résultent des contractions exercées par l'utérus pour se débarrasser du sang qui engorge son tissu; et nous avons dit plus haut que le meilleur moyen de faire cesser ces contractions expulsives est de pratiquer des émissions sanguines locales. A mesure que l'observation sera faite avec plus d'exactitude, ces cas seront déterminés avec plus de précision. 5, 10, 15 centigrammes d'opium et plus, progressivement, sont souvent nécessaires pour faire cesser les douleurs dans les *métrorrhagies désignées sous le nom de spasmodiques*, et avec la cessation des douleurs coïncide ordinairement celle de la perte utérine. Les *lavements laudanisés* sont administrés dans les mêmes cas.

*Antispasmodiques.* — Les antispasmodiques sont prescrits dans les mêmes circonstances, mais moins généralement. Parmi eux il n'en est aucun qui ait été plus recommandé que le *camphre*, qu'on peut unir à l'opium ainsi qu'il suit :

℞ Camphre. ....	2 gram.	Sirop d'opium. ....	30 gram.
Poudre de gomme. ....	6 gram.	Eau. ....	150 gram.

A prendre par cuillerées.

Nous n'insistons pas sur la médication par les antispasmodiques, parce que nous n'avons sur elle que des renseignements insuffisants. Dans le cas où ils paraîtraient indiqués, on pourrait administrer en lavements l'*asa foetida*, le *camphre*, le *musc*, etc.

*Ergot de seigle.* — L'action spéciale du seigle ergoté (3) a engagé à l'employer dans la métrorrhagie. C'est d'abord dans la métrorrhagie puerpérale qu'on l'a prescrit, mais ensuite on a étendu son application à tous les cas où l'on a pensé que l'utérus avait perdu sa tonicité et était dans un état d'engorgement passif. La meilleure manière d'administrer ce médicament est la suivante :

℞ Seigle ergoté récemment pulvérisé. .... de 2 à 4 gram.

Divisez en quatre paquets. A prendre dans la journée, à intervalles égaux, dans une cuillerée d'eau sucrée, ou dans du pain enchanté.

(1) *Erfahrungen über Geburt*. Marburg, 1797.

(2) Righby et Duncan, *Nouveau traité sur les hémorrhagies de l'utérus*, trad. par madame Boivin. Paris, 1818, in-8.

(3) *Voy. Arnal, De l'action du seigle ergoté et de l'emploi de son extrait dans les cas*

M. Goupil recommande la mixture suivante :

℥ Poudre de seigle ergoté....	4 gram.		Esprit de menthe.....	0,10 gram.
Sirop simple.....	30 gram.			

A prendre par cuillerées.

C'est le même moyen qui est employé pour provoquer les contractions utérines pendant l'accouchement; seulement, dans le cas dont il s'agit, il ne faut pas le donner à des intervalles trop rapprochés, et même on fera bien de *commencer par de plus faibles doses*.

Nous citons la formule suivante du docteur Schussmann, parce que, avec le seigle ergoté, elle contient des substances antispasmodiques et narcotiques, et qu'elle peut être utile dans des cas où l'on a à atteindre le double but de favoriser les contractions utérines et de calmer l'excitation nerveuse :

℥ Ergot de seigle..... 45 à 60 gram.

Faites infuser dans :

Eau bouillante..... 200 gram.

Faites dissoudre dans la colature :

Extrait de belladone.....	0,75 gram.		Eau d'amandes amères... de 2 à 6 gram.
Sirop d'opium.....	30 gram.		

Mélcz. Une demi-cuillerée ou une cuillerée à bouche toutes les heures.

*Sabine.* — On a été jusqu'à prescrire la sabine, quoique cette substance soit employée comme un des plus puissants emménagogues. On trouve dans le *Journal de Hufeland* plusieurs faits en faveur de cette médication, qui cependant est loin d'être généralement adoptée. Wedekind (1) et le docteur Cünther (2) ont surtout préconisé ce médicament. Le dernier veut qu'on donne la *poudre de sabine* à la dose de 1,25 grammes quatre fois par jour. Cette dose est considérable, et l'expérience n'a pas parlé assez fortement en faveur de ce médicament pour qu'on doive conseiller de le prescrire en aussi grande quantité. C'est, du reste, à l'observation ultérieure à nous éclairer sur ce point.

*Ferrugineux.* — Les ferrugineux sont donnés dans les cas où la faiblesse et l'atonie sont grandes. Mais c'est surtout pour combattre l'anémie, suite de la métrorrhagie, qu'on y a recours. Nous renvoyons par conséquent à l'article *Anémie* (3). Plus loin nous parlerons de leurs effets dans la *chlorose ménorrhagique*.

M. le docteur Terrier préconise vivement l'*oxyde d'argent* associé à l'opium. La dose est en moyenne de 60 centigrammes en 12 pilules, additionnées chacune d'un douzième d'extrait d'opium; dose : 1 pilule matin et soir. S'il s'agit d'enrayer une hémorrhagie abondante, on donne l'oxyde d'argent à doses plus élevées et rap-

d'hémorrhagies internes (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1849, t. XIV, p. 400).  
— *Rapport à l'Académie de médecine*, par M. Danyau, le 1<sup>er</sup> octobre 1850 (*Bull. de l'Académie de méd.*, t. XV, p. 6 et suiv.).

(1) *Hufeland's Journal der practischen arzneikunde*, 1800.

(2) *Ibid.*, *Journal der practischen Heilkunde*, 1826.

(3) Voy. tome I, p. 303.

prochés : 30 centigrammes en 3 doses, à une demi-heure d'intervalle, additionnées chacune d'un sixième de grain d'extrait d'opium.

Ce médecin donne quatre observations où ce traitement eut un plein succès.

Le docteur Thweat (1), qui a fait une étude spéciale de ce médicament, affirme que son action est surtout efficace dans la menstruation à période-très rapprochée. Il faut attendre de nouveaux faits.

**Moyens divers.** — Restent maintenant un certain nombre de médicaments vantés par quelques auteurs, mais sur l'efficacité desquels nous n'avons que des renseignements insuffisants. Ainsi le *nitrate de potasse à haute dose*, conseillé par les docteurs Zucari (2) et Goupil (3), qui le donne à la dose de 8 à 16 grammes par jour dans la tisane ; la *digitale*, que Brera unit à la gomme kino, ainsi qu'il suit :

℞ Digitale . . . . . 0,10 gram. | Gomme kino . . . . . 0,60 gram.

Faites des paquets semblables. Doses : un toutes les deux heures.

On a encore recommandé l'*acétate d'ammoniaque*, la racine de *tormentille* (4), la *créosote*, le *petit-lait*, le *ferro-cyanate de potasse*, le *suc d'orties* (5), la *teinture de cannabine* à la dose de 5 gouttes en trois fois dans les vingt-quatre heures, etc. (6).

En même temps qu'on emploie cette médication interne, on ne doit pas négliger les *moyens externes* indiqués plus haut à propos de la *métrorrhagie aiguë* ; seulement il faut en proportionner l'action à l'intensité du mal et aux forces de la malade.

Est-il maintenant quelques moyens qui s'appliquent plus particulièrement à certaines des espèces de métrorrhagie que nous avons indiquées plus haut ? C'est d'après ces symptômes que ces espèces ont été établies, et c'est aussi d'après les symptômes que le traitement précédent a été institué. Il ne nous reste à considérer que la *chlorose ménorrhagique* et la *métrorrhagie symptomatique d'une affection organique* de l'utérus. Relativement à cette dernière, on comprend tout de suite que lorsque la métrorrhagie se produit, elle doit momentanément fixer sur elle l'attention d'une manière exclusive, et faire oublier presque complètement la maladie primitive. On doit même faire complètement abstraction de celle-ci, lorsque la métrorrhagie est assez abondante pour mettre en danger les jours de la malade. Dans les cas moins graves, il faut se rappeler que les femmes ont une affection organique essentiellement débilitante, et par conséquent on ne doit employer qu'avec modération les remèdes qui tendent à augmenter cette débilitation, et en particulier les émissions sanguines.

**Chlorose ménorrhagique.** — Quant à la ménorrhagie qu'on observe dans cer-

(1) *The American Journal of the medical sciences*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 16 février 1851.

(2) *Ann. univ. di med.*, 1824.

(3) *Nouvelle Bibliothèque médicale*, t. VII.

(4) Meyer, *Recept. Taschenbuch zur osterreich. Pharm.*, 1836.

(5) Cazin, *Bulletin général de thérapeutique*, 30 mai 1851.

(6) Churchil, *Medical Times*, et *Bulletin général de thérapeutique*, 20 janvier 1850.

tains cas de chlorose, nous en avons indiqué le traitement avec tous les détails nécessaires dans un autre article (1) ; il suffit donc d'y renvoyer le lecteur.

M. Mitchell (2) a traité avec succès des métrorrhagies en pratiquant sur la région lombaire des *raies de feu avec le cautère rougi à blanc*. Il en fait jusqu'à dix-huit et vingt. Ce sont ces cas qui reconnaissent pour cause une *névralgie lombo-utérine* et dont nous avons déjà parlé à l'article *Leucorrhée*.

*Traitement de quelques accidents.* — Nous avons dit plus haut que la formation de caillots ou de fausses membranes peut donner lieu à des contractions expulsives occasionnant des douleurs semblables à celles de l'accouchement. Les faits rapportés par Lisfranc (*loc. cit.*) prouvent qu'en pareil cas il n'est pas de meilleur moyen que de *retirer les caillots ou les fausses membranes*, en les détachant avec le doigt. Des *injections* peuvent favoriser cette extraction, qui quelquefois est difficile, le corps étranger étant placé trop haut dans la cavité utérine.

Si, par suite de l'oblitération du col par ces caillots ou fausses membranes, le sang continuait à s'accumuler outre mesure, et distendait la cavité utérine en produisant les symptômes de l'hémorrhagie interne, il faudrait enlever avec promptitude l'obstacle, en même temps qu'on mettrait en usage les moyens dirigés contre la métrorrhagie, qui met les jours des malades en danger. Le même accident peut se produire à la suite du tamponnement; et en pareil cas il faut enlever les tampons, pour agir ensuite comme lorsqu'on a enlevé les caillots.

La manière dont nous avons présenté le traitement me dispense de le résumer en ordonnances, ce qui d'ailleurs serait beaucoup trop long, les cas étant très divers.

#### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Métrorrhagie assez grave pour faire craindre pour la vie.* — Émission sanguines, ventouses sèches, ligature des membres, compression de l'aorte; révulsifs. application du froid, topiques astringents et styptiques; tamponnement.

2° *Métrorrhagie active de médiocre intensité.* — Émissions sanguines, saignée révulsives; repos moral et physique, position horizontale, air frais; boissons froides, aliments froids; applications froides.

3° *Métrorrhagie chronique.* — *Médication interne*: Acides, styptiques et astringents; vomitifs, purgatifs; opium, antispasmodiques, ergot de seigle, sabine, moyens divers: digitale; tormentille, etc. *Moyens externes*, comme dans la première catégorie, mais proportionnés à l'état de la malade.

4° *Traitement de la chlorose ménorrhagique.*

5° *Traitement de quelques accidents*: Caillots, fausses membranes, hémorrhagie interne.

#### ARTICLE IV.

##### CONGESTION UTÉRINE.

Tous les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'utérus ont cité des cas dans lesquels un afflux de sang ayant lieu dans le tissu de la matrice, cet organ

(1) Voy. tome I, art. Chlorose.

(2) *Loc. cit.*

s'est tuméfié sans qu'il s'ensuivît d'hémorrhagie. Dans plusieurs de ces cas, on peut, il est vrai, admettre l'existence d'un certain degré d'inflammation : c'est du moins ce qui semble ressortir des observations qui malheureusement sont presque toujours extrêmement incomplètes ; mais d'autres, tels que quelques-uns de ceux qu'ont rapportés Dugès et madame Boivin (1), M. Duparcque (2), ne présentent d'autres signes que ceux d'une fluxion sanguine, et, par conséquent, cette affection doit être examinée à part.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On ne doit regarder comme congestion utérine qu'une affection dans laquelle il survient une tuméfaction rapide de l'utérus sans symptômes généraux prononcés. Telle n'est pas la manière de voir des auteurs que nous avons cités. Pour eux, une simple congestion peut s'accompagner non-seulement de symptômes fébriles marqués, mais encore d'un écoulement blanc ou jaunâtre de l'utérus. Mais, évidemment, donner une aussi grande extension à la congestion sanguine, c'est rendre toute distinction impossible. Dans cette manière de voir, il n'y a plus aucune ligne de démarcation entre la congestion simple et l'inflammation. Plusieurs auteurs, en présence de ces symptômes, ont été conduits à donner à l'affection le nom de *métrite subaiguë*. Il y aurait, suivant eux, des phénomènes inflammatoires dans certains cas, et comment dès lors regarder la maladie comme une simple congestion ?

Cette affection a reçu, en outre, les noms de *fluxion utérine*, *pléthore utérine*, *engorgement de la matrice par congestion simple* (Duparcque) ; et, comme nous venons de le dire, celui de *métrite subaiguë*.

Lorsque les règles apparaissent, et dans un bon nombre de cas de métrorrhagie, il se fait une congestion utérine avant que le sang commence à s'écouler ; sous ce point de vue donc, on pourrait dire que cette congestion est très fréquente. Mais ce n'est pas là une maladie, et nous ne devons nous occuper ici que de la congestion sanguine qui persiste un temps plus ou moins long sans écoulement de sang. Si l'on en juge par le très petit nombre de cas de ce genre que possède la science, la congestion utérine, ainsi comprise, est une affection rare, surtout comparativement à la métrorrhagie.

### § II. — Causes.

M. Duparcque cite d'abord comme cause prédisposante l'*âge de la puberté*, et il ajoute que, sous l'influence de cette prédisposition, on voit la congestion sanguine de l'utérus excitée par « les *émotions morales violentes* ou *concentrées*, un *exercice violent*, l'*usage des excitants*, des *stimulants* alimentaires ou médicamenteux, etc. »

Outre ces causes générales ou communes aux congestions de tous les organes, il en est, continue cet auteur, qui sont particulières à l'espèce d'engorgement qui nous occupe, savoir, quelques *excitants spéciaux* comme la *rue*, la *sabine*, etc., et les excitants propres des organes génitaux, le *coït*, la *masturbation*. » Et plus

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1833, t. II.

(2) *Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice*, 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1839, p. 166 et suiv.



loin il signale l'action du *froid*, l'*usage intempestif des astringents* aux époques menstruelles et après l'accouchement.

Cette citation montre combien sont vagues nos connaissances sur l'étiologie de cette affection. Assurément rien n'est plus admissible que l'action de quelques-unes de ces causes ; mais, en signaler ainsi l'existence, c'est ne nous apprendre rien sur leur degré d'influence, et peut-être beaucoup d'entre elles n'ont d'autre base que des idées théoriques, de pures hypothèses.

Nous devons ajouter que l'on n'a jamais trouvé de *déplacement considérable de l'utérus* sans un certain degré de congestion.

### § III. — Symptômes.

Les malades éprouvent dans le bassin, et principalement vers le rectum et le périnée, une *sensation de pesanteur* incommode, qui augmente considérablement lorsqu'elles se livrent à un exercice prolongé. Fréquemment, lorsque la congestion est devenue considérable, cette sensation se change en une véritable *douleur sourde*, et l'on voit bientôt survenir des *tiraillements* dans les lombes et dans les aines, qui se produisent à des intervalles plus ou moins rapprochés, et qui quelquefois se transforment en douleurs vives semblables à des coliques. Ces accès peuvent avoir une durée assez longue, et alors ils s'accompagnent d'une sensation de contraction violente de la même nature que les contractions expulsives de l'accouchement ; il y a un véritable *ténesme* utérin. « Ces douleurs, dit M. Duparcque, sont parfois tellement violentes, que les malades sont obligées de se tenir fortes et courbées en avant pendant leur durée. »

Pendant que ces douleurs si vives se manifestent, il est remarquable que la *palpation* sur le corps de l'utérus à travers l'hypogastre et sur le col à l'aide du toucher détermine aucune douleur au dire des auteurs, et en particulier de M. Duparcque. Cette proposition nous paraît néanmoins un peu trop absolue. Nous avons vu des cas de congestion utérine, sans aucun signe d'inflammation, dans lesquels le corps de l'utérus, palpé à travers la paroi hypogastrique, avait une sensibilité augmentée, quoique moindre que dans la métrite, et il arrive assez fréquemment qu'on peut constater l'existence de la douleur dans les cas de *dysménorrhée*, lorsque l'hyperfluxion sanguine détermine de violents symptômes que l'apparition du sang du menstruel bientôt complètement. D'ailleurs M. Duparcque lui-même rapporte un exemple semblable (obs. 55).

« Un phénomène remarquable, dit M. Duparcque, et commun à toutes les congestions actives avec ou sans hémorrhagies, est le *battement très prononcé du col, des artères utérines*, qui paraissent plus développées qu'à l'état normal. Sans nier l'existence de ce symptôme, nous dirons qu'elle n'est pas mentionnée dans les observations que nous ont données les auteurs.

Signalons le *gonflement* de l'organe que l'on reconnaît aux signes suivants. Au *toucher* on sent le col volumineux, et si, la femme étant debout, on soûle l'utérus avec le bout du doigt, on le trouve notablement plus lourd qu'à l'état normal. Le *toucher par le rectum* est utile pour acquérir une idée approximative de l'augmentation de volume du corps. Assez souvent ce volume est trop peu considérable pour que la palpation à travers la paroi hypogastrique puisse faire :



fond de l'utérus. Mais dans quelques cas, et surtout dans ceux qui se produisent rapidement, l'engorgement est assez marqué pour que le fond de l'utérus s'élève au-dessus des pubis et puisse être facilement saisi. La *percussion* fait alors reconnaître un son mat à convexité supérieure, et s'étendant à droite et à gauche de la ligne blanche, sans atteindre les fosses iliaques. On parvient d'ailleurs facilement à reconnaître le véritable volume de l'organe en combinant le *palper hypogastrique* et le *toucher vaginal*, procédé d'exploration qu'il ne faut jamais négliger.

Si quelques auteurs ont admis l'existence de phénomènes réellement fébriles dans les simples congestions sanguines de l'utérus, c'est qu'ils n'ont pas suffisamment distingué la métrite de la congestion. Les seuls *symptômes généraux* qui appartiennent à cette dernière sont un malaise général, d'autant plus prononcé que les accès de douleur sont plus vifs; une agitation et une anxiété plus ou moins marquées.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La congestion sanguine de l'utérus a ordinairement une marche aiguë, c'est-à-dire que les symptômes atteignent rapidement leur summum d'intensité. Dans quelques cas, néanmoins, les phénomènes suivent une marche lente, et la maladie reste ensuite stationnaire pendant un temps variable. Un de ses principaux caractères est de présenter des *accès douloureux*, qu'on nomme vulgairement *coliques utérines*.

La *durée* de la congestion utérine est ordinairement courte et ne dépasse pas, le plus souvent, quatre ou cinq jours; elle est surtout courte lorsque l'engorgement sanguin précède l'éruption des règles; car presque toujours l'issue du sang fait cesser tous les accidents, comme nous l'avons vu à l'article *Dysménorrhée*. En pareil cas elle ne peut pas dépasser une ou deux heures; mais, dans quelques cas où la congestion survient hors des époques menstruelles, et où elle n'est pas suivie d'hémorragie, on la voit se prolonger pendant plusieurs semaines, surtout si on ne lui oppose pas un traitement convenable et si la malade ne garde pas le repos nécessaire.

La *terminaison* est heureuse, soit que la congestion se termine par une hémorragie spontanée, soit que l'intervention de l'art soit nécessaire. Néanmoins si un traitement convenable n'est pas employé, si la malade fait des excès et ne garde pas le repos, une congestion durant depuis longtemps peut se terminer par une véritable inflammation, ou par une *hématocèle péri-utérine*.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Les altérations que l'on a trouvées après la mort, dans les cas où des femmes atteintes d'une congestion utérine ont succombé à une autre affection, consistent uniquement en un gonflement plus ou moins considérable de l'utérus avec distension des vaisseaux par le sang. A la coupe du tissu utérin, il s'écoule une grande quantité de ce liquide, et le tissu reste ensuite avec sa consistance normale.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic sera mieux placé après la description de la *métrite simple aiguë*, l'affection avec laquelle on puisse confondre la congestion utérine. Les princi-

paux caractères différentiels entre ces deux affections sont les accès douloureux plus marqués et plus fréquents dans la congestion, la moindre sensibilité à la pression, et l'absence de phénomènes fébriles.

*Pronostic.* — Le pronostic est favorable dans l'immense majorité des cas, et dans quelques-uns seulement, on peut craindre le développement d'une inflammation simple ou d'une tumeur sanguine. Cependant, s'il faut en croire quelques auteurs, le pronostic serait beaucoup plus grave. Voici comment s'exprime à ce sujet M. Duparcque : « L'engorgement par congestion, dit-il, passe facilement à l'état de phlegmasie chronique, et de là en des transformations organiques plus profondes. » Cette proposition contient une erreur fort grave. De ce que ces affections chroniques, toutes spéciales, et dont les progrès inévitables peuvent être prédits dès que l'on en voit les premiers symptômes, présentent souvent à leur début des signes de congestion ou d'hypérémie, on en conclut que toute congestion et d'hypérémie peut se transformer en lésion anatomique ; mais c'est là étudier les faits très superficiellement, et une analyse plus approfondie prouve combien cette manière de voir s'éloigne de la vérité. M. Duparcque a cité des faits de ce genre. Lorsque nous parlerons du *cancer de l'utérus*, nous passerons ces faits en revue.

#### § VII. — Traitement.

Si l'affection est peu intense, il suffit soit d'une saignée générale, soit d'une application de sangsues à l'hypogastre, aux parties génitales, à l'anus, soit de ventouses scarifiées à l'hypogastre, de quelques bains, d'une petite quantité d'opium (3 à 5 centigrammes le soir), d'un régime doux et léger, et du repos au lit, pour faire disparaître promptement tous les symptômes, et pour voir apparaître le flux menstruel dans le cas où il s'agit de dysménorrhée.

Si l'affection est plus intense, si elle dure depuis longtemps, surtout si elle a lieu en dehors de l'époque menstruelle, il faut mettre en usage des moyens plus actifs. On insiste d'abord sur les émissions sanguines dans les cas où la malade est vigoureuse et où la force du pouls et l'apparition rapide des symptômes annoncent qu'il s'agit d'une de ces congestions auxquelles on a donné le nom d'actives.

Quelques auteurs veulent que les émissions sanguines soient faites à une certaine distance du siège de la maladie pour opérer une dérivation ; ainsi à la base de la nuque, à la base de la poitrine ou dans un point plus éloigné encore. L'expérience ne nous a pas suffisamment éclairé sur l'utilité de cette pratique.

Les bains doivent être plus prolongés dans le cas dont il s'agit. On prescrit également des injections émollientes fréquemment pratiquées.

Les douleurs sont combattues par les narcotiques et surtout par l'opium, à la dose de 0,05 à 0,10 gram., et plus si elles résistent. Les lavements laudanum ont également un très grand avantage, et le docteur West a préconisé l'acétate de morphine sous forme d'extrait aqueux à la dose de 0,05 gram., que l'on augmente ensuite graduellement ; mais quelques auteurs préfèrent les antispasmodiques comme le musc, le camphre, l'asa fœtida.

Les excitants diffusibles, et surtout l'ammoniac et l'acétate d'ammoniac ont été vantés dans les cas où la congestion survient chez des femmes faibles.

dont le pouls a peu de résistance. M. Duparcque emploie l'ammoniaque de la manière suivante :

℞ Ammoniaque liquide..... 48 gouttes. | Sirop de sucre..... 60 gram..

Mélez. A prendre dans les vingt-quatre heures, par cuillerées à café, dans une petite tasse d'infusion de feuilles d'oranger.

Le docteur Mesnier prescrit l'*acétate d'ammoniaque* à la dose de quatre à sept gouttes répétées trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, et données soit dans une infusion quelconque, soit simplement dans un peu d'eau sucrée.

D'autres excitants ont été prescrits dans les mêmes circonstances ; mais il n'en est aucun qu'il soit plus important de citer que le *seigle ergoté*, à cause de son action spéciale. Les docteurs Pagrani et Pignucia (1) ont rapporté plusieurs observations dans lesquelles l'ergot de seigle a eu les plus heureux effets aux doses suivantes :

℞ Ergot de seigle..... 4 gram.

Divisez en huit paquets. Dose : un toutes les deux heures, dans une cuillerée d'eau sucrée.

Quelques sangsues, l'entretien de la liberté du ventre à l'aide de légers purgatifs, la diète, le repos, ont complété le traitement.

#### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines, bains, opium, repos ; régime ; aconit, antispasmodiques, excitants diffusibles, ammoniaque, acétate d'ammoniaque ; ergot de seigle.

### ARTICLE V.

#### DE LA MÉTRITE EN GÉNÉRAL.

[La métrite, ou inflammation de l'utérus, présente un si grand nombre de variétés, qu'il est impossible d'en tracer une description d'ensemble ou générale. On ne pourrait donner que les caractères communs aux différentes formes, et l'on s'exposerait au tort grave de présenter un *type* qui n'existe réellement pas. Il vaut mieux accepter les faits tels qu'ils se présentent, et les exposer dans autant d'articles séparés, et c'est ce que nous allons faire.

Nous ferons remarquer d'abord que l'inflammation de la matrice qui succède à l'accouchement est une espèce absolument à part, et qui ne peut, à aucun titre, être confondue avec les autres. Nous la décrirons d'abord sous le nom de *métrite puerpérale*.

Procédant ensuite à la séparation des espèces qui se montrent dans l'état de *variété des organes*, nous distinguerons les métrites *partielles* de la métrite *générale*. Appuyé sur cette donnée anatomique et marchant en quelque sorte du connu à l'inconnu, nous décrirons successivement : la *métrite externe ou du col utérin*, qui comprend l'histoire des *érosions*, *granulations*, etc. ; la *métrite interne ou de la muqueuse intra-utérine*, ou *catarrhe utérin*, à laquelle se rattachent les *fongo-*

(1) *Annali universali di medicina*.

*sités intra-utérines; enfin la métrite purenchymateuse et les engorgements chroniques de l'utérus.*

Dans cette division, nous n'avons eu nullement égard à l'état d'acuité ou de chronicité, car si quelques espèces peuvent se présenter sous les divers aspects d'autres n'ont absolument que le second.]

## ARTICLE VI.

### MÉTRITE PUERPÉRALE.

Les observations prises par M. Voillemier (1) pendant une épidémie de *fièvre puerpérale* qui a régné à la clinique de la Faculté de médecine ont contribué à nous éclairer sur ce sujet, et depuis, plusieurs autres travaux sont venus confirmer ses résultats. Beaucoup de cas qu'on regardait comme de simples métrites ou de métro-péritonites puerpérales, ne sont autre chose que des exemples d'une affection générale dont les lésions de l'utérus et du péritoine voisin font partie.

Cependant il est des cas, et assez nombreux, où toute la maladie est concentrée dans la phlegmasie de l'utérus, et ces cas méritent d'être étudiés particulièrement.

Chomel (2) propose de diviser cette affection en *métrite puerpérale proprement dite*, c'est-à-dire celle qui survient immédiatement après la parturition, et en *métrite post-puerpérale*, qui ne se manifeste que quelques jours après. Mais en examinant attentivement les faits, on voit que cette division n'est pas, d'après ce que nous venons de dire, aussi importante qu'elle le paraît au premier abord. Chomel, en effet, convient que les cas de métrite puerpérale proprement dite ont une physionomie toute particulière et se présentent rarement à l'état de simplicité. Or ce sont précisément ces cas dans lesquels il y a un état général qui constitue ce que l'on appelle la *fièvre puerpérale*, et dans lequel la métrite est loin de jouer le premier rôle. On trouve, dans ces cas, le tissu de l'utérus ramolli, gangrené, suppuré dans plusieurs points; le pus se montre dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, mais le péritoine est affecté ainsi que plusieurs autres organes, et la fièvre peut se produire dans toute son intensité avec l'une ou l'autre de ces lésions et parfois même en leur absence, ce qui prouve qu'elles ne sont pas essentielles.

Pour nous, la métrite puerpérale est précisément celle que Chomel appelle *métrite post-puerpérale*, et dans ce cas seul on peut se servir avec exactitude du nom de métrite, car c'est l'inflammation de l'utérus qui constitue toute la maladie. M. le docteur Willemin (3) a partagé cette manière de voir. Cette explication était nécessaire pour éviter toute confusion, et maintenant on comprendra bien quelles sont les limites que nous assignons à la métrite des femmes en couches.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit entendre, par le nom de *métrite puerpérale*, une affection caractérisée par l'inflammation de l'utérus, qui quelquefois se propage à un organe voisin, sans

(1) *Histoire de la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement à l'hôpital des cliniques pendant l'année 1838* (Journal des conn. méd.-chir., 1840).

(2) *Dict. de médecine*, t. XXX, p. 228.

(3) *Archives générales de médecine*, 4<sup>e</sup> série, 1847, t. XV.

l'utérus. Mais dans quelques cas, et surtout dans ceux qui se produisent, l'engorgement est assez marqué pour que le fond de l'utérus s'élève au-dessus des pubis et puisse être facilement saisi. La *percussion* fait alors reconnaître un mat à convexité supérieure, et s'étendant à droite et à gauche de la ligne médiane, sans atteindre les fosses iliaques. On parvient d'ailleurs facilement à apprécier le véritable volume de l'organe en combinant le *palper hypogastrique* avec le *palper vaginal*, procédé d'exploration qu'il ne faut jamais négliger.

Quelques auteurs ont admis l'existence de phénomènes réellement fébriles dans les simples congestions sanguines de l'utérus, c'est qu'ils n'ont pas suffisamment distingué la métrite de la congestion. Les seuls *symptômes généraux* qui appartiennent à cette dernière sont un malaise général, d'autant plus prononcé que la douleur est plus vive; une agitation et une anxiété plus ou moins

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La congestion sanguine de l'utérus a ordinairement une marche aiguë, c'est-à-dire que les symptômes atteignent rapidement leur summum d'intensité. Dans quelques cas, néanmoins, les phénomènes suivent une marche lente, et la maladie reste ensuite stationnaire pendant un temps variable. Un de ses principaux symptômes est de présenter des *accès* douloureux, qu'on nomme vulgairement *coliques*.

La durée de la congestion utérine est ordinairement courte et ne dépasse pas quatre ou cinq jours; elle est surtout courte lorsque l'engorgement sanguin est suivi de l'écoulement des règles; car presque toujours l'issue du sang fait cesser tous les symptômes, comme nous l'avons vu à l'article *Dysménorrhée*. En pareil cas elle ne peut pas dépasser une ou deux heures; mais, dans quelques cas où la congestion se prolonge hors des époques menstruelles, et où elle n'est pas suivie d'hémorrhagie, elle peut se prolonger pendant plusieurs semaines, surtout si on ne lui oppose un traitement convenable et si la malade ne garde pas le repos nécessaire.

La terminaison est heureuse, soit que la congestion se termine par une hémorrhagie spontanée, soit que l'intervention de l'art soit nécessaire. Néanmoins si un traitement convenable n'est pas employé, si la malade fait des excès et ne garde pas le repos, la congestion durant depuis longtemps peut se terminer par une véritable inflammation, ou par une *hématocèle péri-utérine*.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques que l'on a trouvées après la mort, dans les cas où des femmes atteintes de congestion utérine ont succombé à une autre affection, consistent uniquement en un gonflement plus ou moins considérable de l'utérus avec distension de sa cavité par le sang. A la coupe du tissu utérin, il s'écoule une grande quantité de sang coagulé, et le tissu reste ensuite avec sa consistance normale.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic sera mieux placé après la description de la métrite simple aiguë, que de la distinguer de la congestion utérine avec laquelle on puisse confondre la congestion utérine. Les principaux symptômes sont les mêmes. — V.

Il arrive quelquefois que le *placenta ne peut pas être extrait en entier*, qu'il en séjourne des fragments plus ou moins considérables dans l'utérus, que ces fragments s'y putréfient, et l'on a vu une métrite être la conséquence de cette espèce de rétention.

Enfin nous citerons comme des causes dont on a rapporté des exemples, la présence de *caillots* plus ou moins volumineux dans l'utérus ; l'*exposition au froid*, le *coït* exercé avant que l'utérus ait repris son état normal.

### § III. — Symptômes.

Les *symptômes* de la métrite dont il s'agit dans cet article ne diffèrent réellement de ceux de la métrite simple aiguë que par leur plus grande intensité.

*Début.* — Il est rare que cette affection débute avant le quatrième ou le cinquième jour des couches, et après le vingtième ou le vingt-cinquième. C'est ordinairement du dixième au quinzième jour qu'on la voit apparaître. Cependant M. Willemin (1) a vu des cas où la maladie est survenue quelques heures après l'accouchement, et, dans quelques-uns, la maladie a paru dépendre d'une irritation de l'utérus pendant la parturition. Nous avons fait la même observation. Les cas dans lesquels il existe un frisson initial sont tout à fait exceptionnels, ce qui rapproche beaucoup cette affection des phlegmasies simples. Les femmes, immédiatement ou quelques jours après leur fièvre de lait, commencent à sentir dans l'hypogastre des douleurs fugitives semblables à celles qu'on nomme *coliques utérines*, et qui existent peu de temps après l'accouchement ; aussi s'effrayent-elles très peu. Mais bientôt la douleur devient permanente, la fièvre s'allume, et la maladie est déclarée.

*Symptômes.* — Les phénomènes les plus remarquables sont, sans contredit, la douleur hypogastrique et le gonflement de l'utérus.

La *douleur* est continue, avec un sentiment de *tension* et de *pesanteur* dans le bassin. Il y a par moments des *exacerbations*, mais beaucoup moins marquées que dans certaines congestions sanguines ou dans certaines hystéralgies.

La douleur reste ordinairement circonscrite dans l'hypogastre et le bassin ; cependant quelquefois elle se propage aux flancs et aux lombes, et même jusque dans les cuisses, ce que nous avons également constaté dans la métrite simple.

La *pression* exercée sur l'hypogastre, ainsi que la percussion, exaspère considérablement cette douleur. Lorsque la maladie est dans toute son intensité, on peut à peine presser légèrement sans arracher des plaintes à la malade. Le *toucher vaginal* fait constater également une sensibilité exagérée du col de l'organe.

L'*augmentation de volume* de l'utérus est telle qu'une *palpation* légère fait facilement reconnaître le corps de cet organe, globuleux et s'élevant jusqu'à un, deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et même quelquefois jusqu'à l'ombilic. La *tumeur* qui en résulte est ordinairement très arrondie, sans inégalité, ferme et résistante. Par la *percussion* légèrement exercée autour d'elle, on trace ses limites en constatant les points où finit le son intestinal et où commence le son mat qu'elle produit. Ce moyen d'exploration démontre en même temps que les fosses iliaques sont sonores, ce qui sert à établir que la tumeur appartient réellement à

(1) *Loc. cit.*



*dont le pouls a peu de résistance.* M. Duparcque emploie l'ammoniaque de la manière suivante :

✕ Ammoniaque liquide..... 48 gouttes. | Sirop de sucre..... 60 gram.

Mélez. A prendre dans les vingt-quatre heures, par cuillerées à café, dans une petite tasse d'infusion de feuilles d'oranger.

Le docteur Mesnier prescrit l'*acétate d'ammoniaque* à la dose de quatre à sept gouttes répétées trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, et données soit dans une infusion quelconque, soit simplement dans un peu d'eau sucrée.

D'autres excitants ont été prescrits dans les mêmes circonstances ; mais il n'en est aucun qu'il soit plus important de citer que le *seigle ergoté*, à cause de son action spéciale. Les docteurs Pagrani et Pignucia (1) ont rapporté plusieurs observations dans lesquelles l'ergot de seigle a eu les plus heureux effets aux doses suivantes :

✕ Ergot de seigle..... 4 gram.

Divisez en huit paquets. Dose : un toutes les deux heures, dans une cuillerée d'eau sucrée.

Quelques sangsues, l'entretien de la liberté du ventre à l'aide de légers purgatifs, la diète, le repos, ont complété le traitement.

#### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines, bains, opium, repos ; régime ; aconit, antispasmodiques excitants diffusibles, ammoniaque, acétate d'ammoniaque ; ergot de seigle.

### ARTICLE V.

#### DE LA MÉTRITE EN GÉNÉRAL.

[La métrite, ou inflammation de l'utérus, présente un si grand nombre de variétés, qu'il est impossible d'en tracer une description d'ensemble ou générale. On ne pourrait donner que les caractères communs aux différentes formes, et l'on s'exposerait au tort grave de présenter un *type* qui n'existe réellement pas. Il vaut mieux accepter les faits tels qu'ils se présentent, et les exposer dans autant d'articles séparés, et c'est ce que nous allons faire.

Nous ferons remarquer d'abord que l'inflammation de la matrice qui succède à l'accouchement est une espèce absolument à part, et qui ne peut, à aucun titre, être confondue avec les autres. Nous la décrirons d'abord sous le nom de *métrite puerpérale*.

Procédant ensuite à la séparation des espèces qui se montrent dans l'état de *variété* des organes, nous distinguerons les métrites *partielles* de la métrite *générale*. Appuyé sur cette donnée anatomique et marchant en quelque sorte du connu à l'inconnu, nous décrirons successivement : la *métrite externe ou du col utérin* qui comprend l'histoire des *érosions*, *granulations*, etc. ; la *métrite interne ou de la muqueuse intra-utérine*, ou *catarrhe utérin*, à laquelle se rattachent les fongues

(1) *Annali universali di medicina.*



sités intra-utérines; enfin la *métrite parenchymateuse* et les *engorgements chroniques de l'utérus*.

Dans cette division, nous n'avons eu nullement égard à l'état d'acuité ou de chronicité, car si quelques espèces peuvent se présenter sous les divers aspects, d'autres n'ont absolument que le second.]

## ARTICLE VI.

### MÉTRITE PUERPÉRALE.

Les observations prises par M. Voillemier (1) pendant une épidémie de *fièvre puerpérale* qui a régné à la clinique de la Faculté de médecine ont contribué à nous éclairer sur ce sujet, et depuis, plusieurs autres travaux sont venus confirmer ses résultats. Beaucoup de cas qu'on regardait comme de simples métrites ou de métrite-péritonites puerpérales, ne sont autre chose que des exemples d'une affection générale dont les lésions de l'utérus et du péritoine voisin font partie.

Cependant il est des cas, et assez nombreux, où toute la maladie est concentrée dans la phlegmasie de l'utérus, et ces cas méritent d'être étudiés particulièrement.

Chomel (2) propose de diviser cette affection en *métrite puerpérale proprement dite*, c'est-à-dire celle qui survient immédiatement après la parturition, et en *métrite post-puerpérale*, qui ne se manifeste que quelques jours après. Mais en examinant attentivement les faits, on voit que cette division n'est pas, d'après ce que nous venons de dire, aussi importante qu'elle le paraît au premier abord. Chomel, en effet, convient que les cas de *métrite puerpérale proprement dite* ont une physionomie toute particulière et se présentent rarement à l'état de simplicité. Or ce sont précisément ces cas dans lesquels il y a un état général qui constitue ce que l'on appelle la *fièvre puerpérale*, et dans lequel la *métrite* est loin de jouer le premier rôle. On trouve, dans ces cas, le tissu de l'utérus ramolli, gangrené, suppuré dans plusieurs points; le pus se montre dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, mais le péritoine est affecté ainsi que plusieurs autres organes, et la *fièvre* peut se produire dans toute son intensité avec l'une ou l'autre de ces lésions, et parfois même en leur absence, ce qui prouve qu'elles ne sont pas essentielles.

Pour nous, la *métrite puerpérale* est précisément celle que Chomel appelle *métrite post-puerpérale*, et dans ce cas seul on peut se servir avec exactitude du nom de *métrite*, car c'est l'inflammation de l'utérus qui constitue toute la maladie. M. le docteur Willemin (3) a partagé cette manière de voir. Cette explication était nécessaire pour éviter toute confusion, et maintenant on comprendra bien quelles sont les limites que nous assignons à la *métrite* des femmes en couches.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit entendre, par le nom de *métrite puerpérale*, une affection caractérisée par l'inflammation de l'utérus, qui quelquefois se propage à un organe voisin, sans

(1) Histoire de la *fièvre puerpérale* qui a régné épidémiquement à l'hôpital des cliniques pendant l'année 1838 (*Journal des conn. méd.-chir.*, 1840).

(2) *Dict. de médecine*, t. XXX, p. 228.

(3) *Archives générales de médecine*, 4<sup>e</sup> série, 1847, t. XV.

lois, en le pressant entre les doigts, on le réduit à une consistance pulpeuse. Il n'est pas rare, néanmoins, de trouver le tissu pâle et conservant une assez grande cohésion ; mais il faut, dans ces cas, prendre garde de confondre la métrite avec la fièvre puerpérale, dont la distinction est si importante.

On a trouvé dans l'intérieur de la matrice des fragments de placenta décomposés, des caillots plus ou moins organisés. Quant aux foyers purulents, à la gangrène de la surface interne de l'utérus, aux gangrènes partielles de ses parois, nous avons vu plus haut que presque toujours elles se montrent dans des cas de fièvre puerpérale.

La métrite puerpérale ne diffère de la métrite simple que par la violence de ses symptômes et la profondeur ainsi que la plus grande étendue de ses lésions.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

On ne saurait confondre avec aucune autre maladie une métrite survenant quelques jours après l'accouchement, commençant par des douleurs fixes dans l'hypogastre, s'accompagnant promptement d'un gonflement de l'utérus, qui est facilement apprécié par la palpation, à l'aide de laquelle on contaste en même temps une vive sensibilité à la pression. La tumeur, formée par la *vessie distendue*, ressemble à celle que produit le gonflement inflammatoire de l'utérus, mais elle est moins dure, moins douloureuse, et le cathétérisme, s'il en était besoin, lèverait tous les doutes.

Lorsque la maladie survient presque immédiatement après l'accouchement, ce qu'on observe quelquefois, et surtout lorsque le mouvement fébrile précède les symptômes locaux ou se montre avec quelque intensité dès leur début, on peut craindre l'invasion d'une *fièvre puerpérale* ; mais la marche de la maladie, et sa circonscription évidente au bout de peu de temps dans la matrice, viennent fixer le diagnostic.

### § VII. — Traitement.

Nous avons vu constamment cette métrite céder en cinq, six ou huit jours au traitement antiphlogistique et à l'emploi de l'*opium* à dose modérée.

On pratique une ou plusieurs *saignées générales*, en ayant égard à la force des malades et aussi aux pertes de sang qu'elles ont pu déjà éprouver, car cette métrite peut se développer chez des femmes déjà rendues presque exsangues par des hémorrhagies durant l'accouchement. Puis on applique quinze, vingt ou vingt-cinq *sangsues* à plusieurs reprises, s'il est nécessaire. Le point sur lequel se fait ordinairement cette application est l'hypogastre. Parfois, après que les symptômes graves se sont dissipés, il reste encore un gonflement douloureux de l'utérus qui peut persister pendant plusieurs jours. Dans deux cas, nous avons vu, après deux ou trois jours d'attente, pendant lesquels l'amélioration de l'état local semblait s'être arrêtée, une dernière application de sangsues faire disparaître la douleur du jour au lendemain, et dès ce moment l'utérus rentrer rapidement dans le bassin. Les scarifications pourraient remplacer les sangsues ; mais lorsque le mal est à son summum, leur application ne peut pas être supportée.

Cinq ou six centigrammes d'*opium* chaque jour suffisent pour procurer aux malades des nuits plus calmes et pour apaiser les douleurs. Les vésicatoires volants

Il arrive quelquefois que le *placenta ne peut pas être extrait en entier*, qu'il en séjourne des fragments plus ou moins considérables dans l'utérus, que ces fragments s'y putréfient, et l'on a vu une métrite être la conséquence de cette espèce de rétention.

Enfin nous citerons comme des causes dont on a rapporté des exemples, la présence de *caillots* plus ou moins volumineux dans l'utérus ; l'*exposition au froid*, le *coït* exercé avant que l'utérus ait repris son état normal.

### § III. — Symptômes.

Les *symptômes* de la métrite dont il s'agit dans cet article ne diffèrent réellement de ceux de la métrite simple aiguë que par leur plus grande intensité.

*Début.* — Il est rare que cette affection débute avant le quatrième ou le cinquième jour des couches, et après le vingtième ou le vingt-cinquième. C'est ordinairement du dixième au quinzième jour qu'on la voit apparaître. Cependant M. Willemin (1) a vu des cas où la maladie est survenue quelques heures après l'accouchement, et, dans quelques-uns, la maladie a paru dépendre d'une irritation de l'utérus pendant la parturition. Nous avons fait la même observation. Les cas dans lesquels il existe un frisson initial sont tout à fait exceptionnels, ce qui rapproche beaucoup cette affection des phlegmasies simples. Les femmes, immédiatement ou quelques jours après leur fièvre de lait, commencent à sentir dans l'hypogastre des douleurs fugitives semblables à celles qu'on nomme *coliques utérines* et qui existent peu de temps après l'accouchement ; aussi s'effrayent-elles très peu. Mais bientôt la douleur devient permanente, la fièvre s'allume, et la maladie est déclarée.

*Symptômes.* — Les phénomènes les plus remarquables sont, sans contredit, la douleur hypogastrique et le gonflement de l'utérus.

La *douleur* est continue, avec un sentiment de *tension* et de *pesanteur* dans le bassin. Il y a par moments des *exacerbations*, mais beaucoup moins marquées que dans certaines congestions sanguines ou dans certaines hystéralgies.

La douleur reste ordinairement circonscrite dans l'hypogastre et le bassin ; cependant quelquefois elle se propage aux flancs et aux lombes, et même jusque dans les cuisses, ce que nous avons également constaté dans la métrite simple.

La *pression* exercée sur l'hypogastre, ainsi que la percussion, exaspèrent considérablement cette douleur. Lorsque la maladie est dans toute son intensité, on peut à peine presser légèrement sans arracher des plaintes à la malade. Le *toucher vaginal* fait constater également une sensibilité exagérée du col de l'organe.

L'*augmentation de volume* de l'utérus est telle qu'une *palpation* légère fait facilement reconnaître le corps de cet organe, globuleux et s'élevant jusqu'à un ou deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et même quelquefois jusqu'à l'ombilic. La *tumeur* qui en résulte est ordinairement très arrondie, sans inégalité, ferme et résistante. Par la *percussion* légèrement exercée autour d'elle, on trace ses limites en constatant les points où finit le son intestinal et où commence le son mat qu'elle produit. Ce moyen d'exploration démontre en même temps que les fosses iliaques sont sonores, ce qui sert à établir que la tumeur appartient réellement à

(1) *Loc. cit.*

l'utérus tuméfié. Nous n'avons pas besoin de dire que cet examen doit être fait avec beaucoup de ménagement : l'extrême sensibilité de l'hypogastre l'exige.

L'introduction du doigt dans le vagin fait reconnaître l'*augmentation de volume du col*, qui est quelquefois telle, qu'on a de la peine à faire passer le doigt entre cette portion de l'organe et la paroi vaginale qui l'entoure.

M. Willemmin a noté, comme un des symptômes locaux les plus importants, le *ralentissement du retrait de l'utérus avec induration partielle des parois de cet organe*.

On a dit que la métrite a pour résultat, d'une part de *supprimer la sécrétion du lait*, et de l'autre d'*arrêter le cours des lochies*. Le fait est loin d'être constant, du moins à toutes les époques de la maladie. Nous avons vu la sécrétion du lait continuer, quoique moins abondante; et quant aux lochies, nous nous sommes assuré que souvent on se laissait tromper par les réponses des femmes. Alors même qu'elles disaient leurs lochies supprimées, nous avons vu leur linge portant de larges taches qu'on ne pouvait attribuer qu'à cet écoulement. Ce n'est pas à dire que l'observation générale soit fausse : on a exagéré la valeur de ces symptômes. Si, à une époque rapprochée du début de la maladie, on voit les sécrétions se supprimer plus ou moins notablement, il est ordinaire de voir se reproduire les lochies lorsque les symptômes commencent à s'amender; il en est de même de la sécrétion laiteuse lorsque les femmes veulent allaiter.

Des *symptômes généraux*, ordinairement intenses, accompagnent les symptômes locaux qui viennent d'être indiqués. La *chaleur de la peau* s'élève notablement, et l'on observe une moiteur considérable, quelquefois des *sueurs* assez abondantes. Le *pouls* est large, plein, résistant et fréquent. Dans les cas que nous avons observés, il s'est élevé à 110, 120 et 130 pulsations au plus fort de la maladie. Les malades perdent complètement l'*appétit*; la *soif* est ordinairement assez vive. La *langue* est blanche, souvent humide, parfois pâteuse. Les symptômes *frileux* augmentent la nuit, et l'on observe assez souvent de l'agitation et un peu d'*insomnie*.

Telle est la métrite puerpérale à son état de simplicité; s'il s'y joint une inflammation du péritoine voisin, des annexes de l'utérus, ou du tissu cellulaire des fosses iliaques, de nouveaux symptômes dus à ces complications viennent rendre l'état plus grave. Elles seront étudiées dans les articles consacrés à l'histoire de ces maladies, et ne présentent pas de caractères particuliers dans les cas dont nous parlons.

*Gangrène*. — Nous n'avons pas mentionné les suppurations plus ou moins étendues de la matrice, la *gangrène superficielle ou profonde de cet organe*, en un mot ces altérations qui font partie de la fièvre puerpérale. L'inflammation peut être assez intense pour donner lieu à ces suppurations ou à cette gangrène, mais ces cas sont extrêmement rares. Lorsqu'ils se présentent à l'observation, on reconnaît l'existence des lésions excessivement graves dont il s'agit, aux *frissons irréguliers* qui se produisent, à l'*abattement des forces*, à l'expression d'*anxiété de la face*, à la *décomposition des traits*, aux *sueurs froides*, au *ballonnement du ventre*, au *dévoiement*, et en même temps à l'exaspération du mouvement fébrile, à la *petitesse extrême du pouls* coïncidant avec une *augmentation notable de sa fréquence*. La gangrène présente, en outre, comme caractère particulier, l'aspect très sanie

## § II. — Causes.

On a dit que les granulations utérines se montrent principalement chez les femmes qui ont eu des enfants; mais les médecins qui s'occupent des maladies vénériennes savent combien il est fréquent de rencontrer des granulations utérines chez des femmes qui se présentent pour une *vaginite*, alors même qu'elles n'ont jamais eu d'enfants; et, d'un autre côté, nous avons vu une forme de la *vaginite chronique* (1) donner lieu, par continuité de tissu, à de véritables granulations utérines. Ces faits démontrent que l'on aurait tort de croire, avec quelques auteurs, que les femmes qui ont eu des enfants sont seules sujettes à la maladie qui nous occupe. Le docteur Bennett (2) a démontré que l'inflammation simple, les érosions, les granulations, peuvent se rencontrer même chez les vierges, et par là s'expliquent ces leucorrhées interminables dont on ne pouvait pas se rendre compte.

On a dit que le passage continuel de mucosités plus ou moins altérées, leur séjour dans la partie supérieure du vagin, la malpropreté, peuvent produire les granulations utérines; mais : 1° dans beaucoup de cas, il ne sort de l'orifice du col qu'une matière albumineuse évidemment non irritante; 2° tout porte à croire que lorsqu'il y a un écoulement muco-purulent, c'est par la surface granulée elle-même qu'il est produit; 3° on voit beaucoup de femmes qui, avec une leucorrhée abondante qui irrite les parties génitales externes, ne présentent pas de granulations du col de l'utérus.

S'il est vrai, comme le pensent quelques médecins, et comme l'a avancé Timbart (3), que dans certaines circonstances, le catarrhe utérin aigu ou chronique est la cause de ces granulations, on ne saurait en faire une règle générale.

Nous trouvons ensuite l'indication de ces causes que nous avons vues mentionnées dans toutes les maladies de l'utérus; excès de coït, masturbation, injections irritantes, fatigues, etc.

[Le médecin praticien pourrait conclure de cette énumération si rapide des causes des érosions et des granulations de la métrite externe, que l'on ne sait réellement rien sur le chapitre de l'étiologie. Ce serait, à notre avis, une erreur dont la thérapeutique souffrirait.

On a malheureusement la fâcheuse habitude de chercher *localement* les causes des affections *locales*. Or, à notre sens, rien n'est moins rationnel. L'état général de l'économie, sa déviation fonctionnelle, sont, dans l'immense majorité des cas, le point de départ de telle ou telle affection bornée à un seul point du corps. C'est ce qui a lieu; en effet, dans les maladies cutanées; il n'est jamais venu à l'idée d'un seul médecin que l'éruption d'un eczéma, d'un herpès, fût toute la maladie; cette éruption n'est qu'une manifestation locale d'une cause diathésique variable, comme la scrofule, la diathèse herpétique, voire même rhumatismale. Pourquoi n'en serait-il pas de même de la muqueuse du col de l'utérus? Ne peut-il pas s'y faire une localisation d'une diathèse herpétique ou de toute autre nature?

(1) Voyez *Vaginite granuleuse*.

(2) *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes*, traduit par le docteur Aran. Paris, 1850.

(3) *Des érosions et des granulations du col de l'utérus*, thèse. Paris, juillet 1849.

Cette hypothèse est d'autant plus admissible que plusieurs circonstances viennent se réunir pour rattacher cette lésion purement locale à une maladie générale. Ainsi, certaines granulations du col de l'utérus s'accompagnent d'éruptions cutanées, d'un prurit violent, et se montrent dans des familles où les affections dartreuses sont héréditaires; en faut-il davantage pour montrer le caractère essentiellement herpétique de l'affection? Chez d'autres malades, il y a hypertrophie concomitante du col utérin, et, simultanément, des caractères de scrofules; la nature des granulations est assurément démontrée par l'hypertrophie, caractère si évidemment scrofuleux. Nous ne pousserons pas plus loin ces observations, mais nous engageons le lecteur à prendre connaissance du mémoire de M. le docteur A. Tillot (1) sur ce sujet. Dans les vingt-sept observations qu'il cite il a toujours trouvé soit la diathèse strumeuse, soit la diathèse tuberculeuse, mais moins souvent l'herpétisme. Les développements du travail de M. Tillot sont tellement importants, qu'il nous est impossible d'en faire l'analyse; nous aurions voulu pouvoir lire tout son mémoire. Au reste, si MM. Nonat, Aran, Becquerel, Bennett sont, si que leur maître, M. le professeur Velpeau, antagonistes des causes diathésiques, l'opinion que nous soutenons est partagée par Chomel, MM. N. Guéneau-Mussy, Huguier, A. Robert, Foutan; Durand-Fardel, Gosselin, Duparcque, J. Smith, Scanzoni, et surtout par le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis, M. Bazin.]

### § III. — Symptômes.

Le début de cette affection est tout à fait insensible; c'est au point que lorsque plupart des malades commencent à se plaindre, on découvre, par l'examen rectal, des granulations occupant déjà une grande étendue et évidemment fort anciennes.

Lorsque la maladie est confirmée, les symptômes peuvent être encore très légers. Un assez bon nombre de malades n'éprouvent aucune douleur, aucune pesanteur dans le bassin, si ce n'est un certain degré de *leucorrhée* qui détermine un état général de langueur et des troubles digestifs plus ou moins marqués.

La douleur n'est donc pas un caractère essentiel des granulations utérines. Lorsqu'elle existe à un certain degré, on peut assez fréquemment constater qu'elle ne dépend des granulations que d'une manière indirecte. En effet, ces douleurs se font sentir vers les aines, vers les lombes, elles s'irradient plus ou moins loin; ce sont des douleurs nerveuses que nous avons signalées dans la leucorrhée simple sans granulations du col. Quelquefois, il est vrai, en portant le doigt sur le col de l'utérus, on détermine de la douleur, mais il faut encore prendre garde de se laisser tromper par les apparences. Cette douleur est souvent très limitée, elle ne correspond pas aux granulations, et si l'on examine le trajet des nerfs lombaires, on trouve des points douloureux qui font connaître l'existence d'une névralgie à laquelle participe l'utérus. Il est d'autres cas où la douleur occupe tout le col; mais ce sont des cas où il existe une inflammation du parenchyme utérin.

Il y a un *écoulement* constant; mais la matière de cet écoulement n'est pas toujours la même. Souvent on voit s'échapper du col de l'utérus comme un ruban de

(1) Thèse. Paris, 1860.



*morphinés* sont d'une grande utilité. On peut encore prescrire des *lavements laudanisés* à une faible température, et quelques médecins proposent d'employer des *suppositoires opiacés*; mais rien ne prouve que cette manière d'administrer l'opium ait aucun avantage sur les autres.

Entretenir la liberté du ventre par des *laxatifs*; appliquer des *câtoplasmes émollients* ou des fomentations émollientes sur l'abdomen; prescrire un repos absolu, commander une *diète sévère* les premiers jours, et n'accorder ensuite les aliments légers qu'avec prudence, tels sont les moyens qui complètent ce traitement.

Dans les cas où l'inflammation est plus profonde, où l'on a à redouter la suppuration de l'utérus ou de ses annexes et la gangrène superficielle ou profonde de l'organe, on doit insister fortement sur les mêmes moyens. Ces cas sont rares. Lorsque les abcès se sont formés, on a recours à un traitement qui sera exposé à l'occasion des *phlegmons du bassin et de la fosse iliaque* (1); et dans les cas où l'on a affaire à une gangrène, on emploie les *antiseptiques*, qui bien souvent sont sans effet.

Nous avons dit que dans quelques cas, malgré les moyens mis en usage, il reste un certain degré d'inflammation qui prend la forme chronique. On a alors recours aux *mercuriaux*, à l'*iode* et aux autres agents thérapeutiques indiqués à l'article *Métrite chronique* (2). Ils n'offrent, dans leur application, rien de particulier à la maladie qui nous occupe.

## ARTICLE VII.

### MÉTRITE EXTERNE OU DU COL DE L'UTÉRUS; GRANULATIONS, ÉROSIONS, ULCÉRATIONS SIMPLES, ULCÈRES SYPHILITQUES.

[L'utérus présente une disposition et des rapports dont aucun autre organe n'offre d'exemple : son corps est un viscère intérieur, profondément caché et appartenant à la sphère des organes péritonéaux; son col, bien qu'abrité par le vagin, est une partie extérieure, et offre une surface de rapports, analogue à celles des parties tégumentaires; le corps est revêtu de péritoine, le col d'une muqueuse qui a de l'analogie avec celle du vagin; et, tandis que la première partie ne peut guère recevoir que des influences internes, la seconde est surtout exposée aux actions extérieures. Peut-être même pourrait-on dire que la circulation et l'innervation du col et du corps de l'utérus sont différentes; il est certain, du moins, que, sous le rapport du développement, ces deux parties sont dans un véritable état d'antagonisme : ainsi, chez la petite fille, tandis que le col est dans un état de développement proportionné à celui des autres organes, le corps est rudimentaire; chez la femme adulte, le corps l'emporte en volume sur le col, et chez la femme âgée, le col s'atrophie longtemps avant le corps. Il résulte de ces faits que le mode de vitalité de ces deux parties n'est pas semblable; et l'on comprend facilement, dès lors, que chacune d'elles puisse être malade isolément. La distinction qui a été faite

(1) Voyez plus loin un article consacré à ces abcès.

(2) Voyez plus loin.



dont le poulx a peu de résistance. M. Duparcque emploie l'ammoniaque de la manière suivante :

℞ Ammoniaque liquide . . . . 48 gouttes. | Sirop de sucre . . . . .

Mélez. A prendre dans les vingt-quatre heures, par cuillerées à café, dans une infusion de feuilles d'oranger.

Le docteur Mesnier prescrit l'*acétate d'ammoniaque* à la dose de 15 gouttes répétées trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, et dans une infusion quelconque, soit simplement dans un peu d'eau sucrée.

D'autres excitants ont été prescrits dans les mêmes circonstances ; mais il n'est aucun qu'il soit plus important de citer que le *seigle ergoté*, à l'action spéciale. Les docteurs Pagrani et Pignucia (1) ont rapporté plusieurs observations dans lesquelles l'ergot de seigle a eu les plus heureux effets.

℞ Ergot de seigle . . . . . 4 gram.

Divisez en huit paquets. Dose : un toutes les deux heures, dans une cuillerée

de café. Quelques sangsues, l'entretien de la liberté du ventre à l'aide de laxatifs, la diète, le repos, ont complété le traitement.

#### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines, bains, opium, repos ; régime ; aconit, antispasmodiques, excitants diffusibles, ammoniaque, acétate d'ammoniaque ; ergot de seigle.

### ARTICLE V.

#### DE LA MÉTRITE EN GÉNÉRAL.

[La métrite, ou inflammation de l'utérus, présente un si grand nombre de variétés, qu'il est impossible d'en tracer une description d'ensemble ou d'ensemble. On ne pourrait donner que les caractères communs aux différentes formes, ce qui s'exposerait au tort grave de présenter un *type* qui n'existe réellement pas. Il vaut mieux accepter les faits tels qu'ils se présentent, et les exposer dans autant de chapitres qu'il y a de variétés, et c'est ce que nous allons faire.

Nous ferons remarquer d'abord que l'inflammation de la matrice pendant le *laccouchement* est une espèce absolument à part, et qui ne peut, à aucun point de vue, être confondue avec les autres. Nous la décrirons d'abord sous le nom de *métrite puerpérale*.

Procédant ensuite à la séparation des espèces qui se montrent dans l'état de *chronicité* des organes, nous distinguerons les métrites *partielles* de la métrite *générale*. Appuyé sur cette donnée anatomique et marchant en quelque sorte par ordre d'importance, nous décrirons successivement : la *métrite externe* ou *de la vulve*, qui comprend l'histoire des *érosions*, *granulations*, etc. ; la *métrite muqueuse intra-utérine*, ou *catarrhe utérin*, à laquelle se rattache

(1) *Annali universali di medicina.*

## § II. — Causes.

On a dit que les granulations utérines se montrent principalement chez les femmes qui ont eu des enfants; mais les médecins qui s'occupent des maladies vénériennes savent combien il est fréquent de rencontrer des granulations utérines chez des femmes qui se présentent pour une *vaginite*, alors même qu'elles n'ont jamais eu d'enfants; et, d'un autre côté, nous avons vu une forme de la *vaginite chronique* (1) donner lieu, par continuité de tissu, à de véritables granulations utérines. Ces faits démontrent que l'on aurait tort de croire, avec quelques auteurs, que les femmes qui ont eu des enfants sont seules sujettes à la maladie qui nous occupe. Le docteur Bennett (2) a démontré que l'inflammation simple, les érosions, les granulations, peuvent se rencontrer même chez les vierges, et par là s'expliquent ces leucorrhées interminables dont on ne pouvait pas se rendre compte.

On a dit que le passage continuuel de mucosités plus ou moins altérées, le séjour dans la partie supérieure du vagin, la malpropreté, peuvent produire les granulations utérines; mais : 1° dans beaucoup de cas, il ne sort de l'orifice du col qu'une matière albumineuse évidemment non irritante; 2° tout porte à croire qu'il est produit; 3° on voit beaucoup de femmes qui, avec une leucorrhée abondante qui irrite les parties génitales externes, ne présentent pas de granulations du col de l'utérus.

S'il est vrai, comme le pensent quelques médecins, et comme l'a avancé Timbart (3), que dans certaines circonstances, le catarrhe utérin aigu ou chronique est la cause de ces granulations, on ne saurait en faire une règle générale.

Nous trouvons ensuite l'indication de ces causes que nous avons vues mentionnées dans toutes les maladies de l'utérus; excès de coït, masturbation, injections irritantes, fatigues, etc.

[Le médecin praticien pourrait conclure de cette énumération si rapide des causes des érosions et des granulations de la métrite externe, que l'on ne sait réellement rien sur le chapitre de l'étiologie. Ce serait, à notre avis, une erreur dont la thérapeutique souffrirait.

On a malheureusement la fâcheuse habitude de chercher *localement* les causes des affections *locales*. Or, à notre sens, rien n'est moins rationnel. L'état général de l'économie, sa déviation fonctionnelle, sont, dans l'immense majorité des cas, le point de départ de telle ou telle affection bornée à un seul point du corps. C'est ce qui a lieu; en effet, dans les maladies cutanées; il n'est jamais venu à l'idée d'un seul médecin que l'éruption d'un eczéma, d'un herpès, fût toute la maladie; cette éruption n'est qu'une manifestation locale d'une cause diathésique variable, comme la scrofule, la diathèse herpétique, voire même rhumatismale. Pourquoi n'en serait-il pas de même de la muqueuse du col de l'utérus? Ne peut-il pas s'y faire une localisation d'une diathèse herpétique ou de toute autre nature?

(1) Voyez *Vaginite granuleuse*.

(2) *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes*, traduit par le docteur Aran. Paris, 1850.

(3) *Des érosions et des granulations du col de l'utérus*, thèse. Paris, juillet 1849.

Cette hypothèse est d'autant plus admissible que plusieurs circonstances viennent se réunir pour rattacher cette lésion purement locale à une maladie générale. Ainsi, certaines granulations du col de l'utérus s'accompagnent d'éruptions cutanées, d'un prurit violent, et se montrent dans des familles où les affections dartreuses sont héréditaires; en faut-il davantage pour montrer le caractère essentiellement herpétique de l'affection? Chez d'autres malades, il y a hypertrophie concomitante du col utérin, et, simultanément, des caractères de scrofules; la nature des granulations est assurément démontrée par l'hypertrophie, caractère si évidemment scrofuleux. Nous ne pousserons pas plus loin ces observations, mais nous engageons le lecteur à prendre connaissance du mémoire de M. le docteur E.-A. Tillot (1) sur ce sujet. Dans les vingt-sept observations qu'il cite il a toujours trouvé soit la diathèse strumeuse, soit la diathèse tuberculeuse, mais moins souvent l'herpétisme. Les développements du travail de M. Tillot sont tellement importants, qu'il nous est impossible d'en faire l'analyse; nous aurions voulu pouvoir citer tout son mémoire. Au reste, si MM. Nonat, Aran, Becquerel, Bennett sont, ainsi que leur maître, M. le professeur Velpeau, antagonistes des causes diathésiques, l'opinion que nous soutenons est partagée par Chomel, MM. N. Guéneau de Mussy, Huguier, A. Robert, Fontan; Durand-Fardel, Gosselin, Duparcque, Tyler Smith, Scanzoni, et surtout par le savant médecin de l'hôpital Saint-Louis, M. Bazin.]

### § III. — Symptômes.

Le *début* de cette affection est tout à fait insensible; c'est au point que lorsque la plupart des malades commencent à se plaindre, on découvre, par l'examen direct, des granulations occupant déjà une grande étendue et évidemment fort anciennes.

Lorsque la maladie est confirmée, les symptômes peuvent être encore très légers. Un assez bon nombre de malades n'éprouvent aucune douleur, aucune pesanteur vers le bassin, si ce n'est un certain degré de *leucorrhée* qui détermine un état général de langueur et des troubles digestifs plus ou moins marqués.

La *douleur* n'est donc pas un caractère essentiel des granulations utérines. Lorsqu'elle existe à un certain degré, on peut assez fréquemment constater qu'elle ne dépend des granulations que d'une manière indirecte. En effet, ces douleurs se font sentir vers les aines, vers les lombes, elles s'irradient plus ou moins loin; ce sont ces douleurs nerveuses que nous avons signalées dans la leucorrhée simple sans granulations du col. Quelquefois, il est vrai, en portant le doigt sur le col de l'utérus, on détermine de la douleur, mais il faut encore prendre garde de se laisser tromper par les apparences. Cette douleur est souvent très limitée, elle ne correspond pas aux granulations, et si l'on examine le trajet des nerfs lombaires, on trouve des points douloureux qui font connaître l'existence d'une névralgie à laquelle participe l'utérus. Il est d'autres cas où la douleur occupe tout le col; mais ce sont des cas où il existe une inflammation du parenchyme utérin.

Il y a un *écoulement* constant; mais la matière de cet écoulement n'est pas toujours la même. Souvent on voit s'échapper du col de l'utérus comme un ruban de

(1) Thèse. Paris, 1860.

matière transparente, visqueuse, semblable à du blanc d'œuf cru, qu'on a plus ou moins de peine à détacher. Dans d'autres circonstances, cette matière présente un aspect louche, sans perdre sa viscosité et sa ténacité, et dans d'autres enfin, elle est blanche, plus fluide, et s'écoule dans le vagin dans lequel elle s'étend sans former masse. L'abondance de cette matière est du reste très variable ; elle est telle chez certaines femmes, même alors qu'il ne s'écoule qu'un liquide albumineux que les parties génitales externes, et même les cuisses, peuvent en être baignées.

Doit-on regarder la matière albumineuse qui s'écoule ainsi comme une sécrétion morbide de la surface granulée ? C'est ce que n'hésite pas à dire Chomel. Mais quand on examine attentivement les faits, on n'ose pas se prononcer affirmativement. A qui n'est-il pas arrivé de voir s'échapper de l'utérus cette matière albumineuse en assez grande abondance, alors même qu'il n'existe pas de granulations du col de la matrice ? C'est un fait que nous avons constaté en exposant l'histoire de la *leucorrhée* (1). Cette sécrétion n'appartient donc pas en propre aux granulations. La présence des granulations à l'orifice du col détermine une excitation dans les parties environnantes, d'où résulte cette sécrétion de matière albumineuse, qu'on doit regarder comme une exagération de la sécrétion normale. L'écoulement muco-purulent paraît plutôt pouvoir être rapporté aux surfaces granulées, et l'on peut concevoir que le flux albumineux venant du col de l'utérus masque seulement, dans un grand nombre de cas, cette sécrétion muco-purulente.

Le *toucher* n'apprend rien de bien positif sur l'état du col de l'utérus. Lorsque les granulations sont très saillantes, on peut sentir les petites inégalités qu'elles produisent sur la surface du col utérin, et pour que cette sensation soit bien nette, on doit promener son doigt sur toute l'étendue de cette partie de l'organe, de manière à juger par comparaison entre la partie lisse et la partie légèrement rugueuse ; mais cette exploration ne suffit pas, il faut avoir recours au spéculum. Le *toucher* peut en outre servir à constater s'il existe ou non une complication consistant en un engorgement de l'utérus.

L'*examen à l'aide du spéculum* est indispensable ; il fait seul parfaitement reconnaître la nature du mal et son étendue. Après avoir introduit cet instrument, on voit à l'orifice utérin, et dans une étendue variable d'une des lèvres du col ou des deux à la fois, une plaque granulée qui présente l'aspect suivant.

La *forme* de la plaque est plus ou moins parfaitement arrondie. En écartant les lèvres du col avec les valves du spéculum, on peut s'assurer qu'elle a son origine dans les bords même de l'orifice et qu'elle pénètre plus ou moins profondément dans la cavité. Parfois elle entoure l'orifice comme un anneau plus ou moins large ; quelquefois elle est beaucoup plus étendue sur une lèvre ou sur un des côtés que dans les autres points ; parfois aussi, mais plus rarement, elle n'occupe qu'une seule lèvre. Il est rare que les granulations forment plusieurs plaques séparées ; cependant il y a des variétés très nombreuses. On voit, dans certains cas, une très grande étendue du col envahie par ces granulations agglomérées.

La *couleur* de ces plaques granulées est variable ; toutefois il est ordinaire de les trouver d'un rouge obscur très prononcé. Dans certains cas, elles sont rosées, d'un

(1) Voyez article *Leucorrhée*.

tuméfié. Nous n'avons pas besoin de dire que cet examen doit être fait avec beaucoup de ménagement : l'extrême sensibilité de l'hypogastre l'exige. L'insertion du doigt dans le vagin fait reconnaître l'*augmentation de volume* qui est quelquefois telle, qu'on a de la peine à faire passer le doigt entre la paroi de l'organe et la paroi vaginale qui l'entoure. Illemain a noté, comme un des symptômes locaux les plus importants, le *retrait de l'utérus avec induration partielle des parois de cet*

organe. On lit que la métrite a pour résultat, d'une part de *supprimer la sécrétion du lait* et de l'autre d'*arrêter le cours des lochies*. Le fait est loin d'être constant, et ce n'est pas à toutes les époques de la maladie. Nous avons vu la sécrétion du lait continuer, quoique moins abondante; et quant aux lochies, nous nous sommes aperçus que souvent on se laissait tromper par les réponses des femmes. Alors même qu'on disait qu'elles avaient leurs lochies supprimées, nous avons vu leur linge portant de larges taches, sur lesquelles on ne pouvait attribuer qu'à cet écoulement. Ce n'est pas à dire que la sécrétion générale soit fautive : on a exagéré la valeur de ces symptômes. Si, à l'issue de la maladie rapprochée du début de la maladie, on voit les sécrétions se supprimer ou diminuer notablement, il est ordinaire de voir se reproduire les lochies lorsque les symptômes commencent à s'amender; il en est de même de la sécrétion laiteuse chez les femmes veulent allaiter.

Les *symptômes généraux*, ordinairement intenses, accompagnent les symptômes locaux et viennent d'être indiqués. La *chaleur de la peau* s'élève notablement, et on observe une moiteur considérable, quelquefois des *sueurs* assez abondantes. Le *pouls* est large, plein, résistant et fréquent. Dans les cas que nous avons observés, il s'est élevé à 110, 120 et 130 pulsations au plus fort de la maladie. Les malades perdent complètement l'*appétit*; la *soif* est ordinairement assez vive. La *langue* est blanche, souvent humide, parfois pâteuse. Les symptômes augmentent la nuit, et l'on observe assez souvent de l'agitation et un peu de délire.

C'est la métrite puerpérale à son état de simplicité; s'il s'y joint une inflammation du péritoine voisin, des annexes de l'utérus, ou du tissu cellulaire des fosses iliaques, de nouveaux symptômes dus à ces complications viennent rendre l'état plus grave. Elles seront étudiées dans les articles consacrés à l'histoire de ces maladies, et ne présentent pas de caractères particuliers dans les cas dont nous nous occupons.

*Gangrène.* — Nous n'avons pas mentionné les suppurations plus ou moins étendues de la matrice, la *gangrène superficielle ou profonde de cet organe*, en un mot les complications qui font partie de la fièvre puerpérale. L'inflammation peut être intense pour donner lieu à ces suppurations ou à cette gangrène, mais ces complications sont extrêmement rares. Lorsqu'ils se présentent à l'observation, on reconnaît ces des lésions excessivement graves dont il s'agit, aux *frissons irréguliers* qu'ils produisent, à l'*abattement des forces*, à l'expression d'*anxiété de la face*, à la *rigidité des traits*, aux *sueurs froides*, au *ballonnement du ventre*, au *bruit de vent*, et en même temps à l'exaspération du mouvement fébrile, à la *petitesse du pouls* coïncidant avec une *augmentation notable de sa fréquence*. La *gangrène* présente, en outre, comme caractère particulier, l'aspect très sanieux

des lochies, et l'odeur *sui generis* qu'elles exhalent. La mort survient presque toujours dans les cas de ce genre, qui méritent de nouveau d'être étudiés, afin de s'assurer qu'ils consistent uniquement dans la phlegmasie de l'utérus, et qu'ils ne doivent pas être rattachés à la *fièvre puerpérale* (1).

Il n'est pas rare de voir un *abcès de la fosse iliaque* se produire dans le cours de la métrite puerpérale. M. Villemin en a cité des exemples, et il n'est pas d'accident qui s'occupe des affections puerpérales qui n'en ait vu de semblables. C'est alors une complication importante.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est continue. Nous avons indiqué les exaspérations de la douleur qui ont lieu par moments; mais ces espèces de coliques utérines ne changent rien à cette marche. Dans quelques cas, on a vu des exacerbations marquées qu'on pouvait rapporter à des imprudences (fatigues, écarts de régime) de la part des malades; mais, le plus souvent, lorsque ces exacerbations se montrent d'une manière très tranchée, c'est qu'il survient une complication qui est ordinairement dans la suppuration d'une des annexes de l'utérus. Les exacerbations ne doivent donc pas être regardées comme appartenant à la métrite elle-même.

La *durée* de la métrite puerpérale simple est peu considérable dans la très grande majorité des cas; dans tous ceux que nous avons observés, les symptômes ont commencé à s'amender au bout de quatre ou cinq jours; et l'amélioration a continué ensuite avec la plus grande rapidité. Lorsque l'affection est de longue durée, c'est presque toujours parce qu'il est survenu une complication, ou que les malades ont commis les imprudences déjà signalées.

C'est surtout quand il s'agit de la *terminaison* de la maladie qu'il faut avoir égard à la distinction établie. Autant, en effet, la métrite liée à la *fièvre puerpérale* est grave et fréquemment mortelle, autant celle dont nous nous occupons ici se termine facilement par la guérison. M. Rayer (2) a vu l'utérus rester volumineux pendant un ou deux mois, chez les femmes atteintes de métrite. Les cas de ce genre sont rares; ils indiquent que la *métrite est devenue chronique*, ce que l'on reconnaît d'ailleurs à l'existence d'autres symptômes d'inflammation. Dès que ces symptômes se sont dissipés, l'utérus rentre rapidement dans la cavité du bassin, et commence à avoir lieu, dans la très grande majorité de ces cas, immédiatement après la cessation ou la diminution des symptômes aigus.

Il n'est pas impossible que la maladie se termine par la mort; mais on ne la trouve presque toujours, à l'autopsie, des complications graves (abcès, péri-utérus) qui viennent rendre compte de cette terminaison funeste.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques propres à la métrite dont nous nous occupons consistent dans une augmentation de volume ordinairement très considérable de l'utérus, dans la rougeur, la friabilité, la mollesse parfois extrême de son tissu. Qu

(1) Tome I<sup>er</sup>.

(2) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, mai 1846.



lis, en le pressant entre les doigts, on le réduit à une consistance pulpeuse. Il n'est pas rare, néanmoins, de trouver le tissu pâle et conservant une assez grande cohésion ; mais il faut, dans ces cas, prendre garde de confondre la métrite avec la fièvre puerpérale, dont la distinction est si importante.

On a trouvé dans l'intérieur de la matrice des fragments de placenta décomposés, des caillots plus ou moins organisés. Quant aux foyers purulents, à la gangrène de la surface interne de l'utérus, aux gangrènes partielles de ses parois, nous nous vu plus haut que presque toujours elles se montrent dans des cas de fièvre puerpérale.

La métrite puerpérale ne diffère de la métrite simple que par la violence de ses symptômes et la profondeur ainsi que la plus grande étendue de ses lésions.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

On ne saurait confondre avec aucune autre maladie une métrite survenant quelques jours après l'accouchement, commençant par des douleurs fixes dans l'hypogastre, s'accompagnant promptement d'un gonflement de l'utérus, qui est facilement apprécié par la palpation, à l'aide de laquelle on constate en même temps une vive sensibilité à la pression. La tumeur, formée par la vessie distendue, ressemble à celle que produit le gonflement inflammatoire de l'utérus, mais elle est moins dure, moins douloureuse, et le cathétérisme, s'il en était besoin, lèverait tous les doutes.

Lorsque la maladie survient presque immédiatement après l'accouchement, ce qu'on observe quelquefois, et surtout lorsque le mouvement fébrile précède les symptômes locaux ou se montre avec quelque intensité dès leur début, on peut craindre l'invasion d'une *fièvre puerpérale* ; mais la marche de la maladie, et sa circonscription évidente au bout de peu de temps dans la matrice, viennent fixer le diagnostic.

### § VII. — Traitement.

Nous avons vu constamment cette métrite céder en cinq, six ou huit jours au traitement antiphlogistique et à l'emploi de l'*opium* à dose modérée.

On pratique une ou plusieurs saignées générales, en ayant égard à la force des malades et aussi aux pertes de sang qu'elles ont pu déjà éprouver, car cette métrite peut se développer chez des femmes déjà rendues presque exsangues par des hémorrhagies durant l'accouchement. Puis on applique quinze, vingt ou vingt-cinq sangsues à plusieurs reprises, s'il est nécessaire. Le point sur lequel se fait ordinairement cette application est l'hypogastre. Parfois, après que les symptômes graves se sont dissipés, il reste encore un gonflement douloureux de l'utérus qui peut persister pendant plusieurs jours. Dans deux cas, nous avons vu, après deux ou trois jours d'attente, pendant lesquels l'amélioration de l'état local semblait s'être arrêtée, une dernière application de sangsues faire disparaître la douleur du jour au lendemain, et dès ce moment l'utérus rentrer rapidement dans le bassin. Les ventouses scarifiées pourraient remplacer les sangsues ; mais lorsque le mal est à son summum, leur application ne peut pas être supportée.

Cinq ou six centigrammes d'*opium* chaque jour suffisent pour procurer aux malades des nuits plus calmes et pour apaiser les douleurs. Les vésicatoires volants



*morphinés* sont d'une grande utilité. On peut encore prescrire des *lavements laudanisés* à une faible température, et quelques médecins proposent d'employer des *suppositoires opiacés*; mais rien ne prouve que cette manière d'administrer l'opium ait aucun avantage sur les autres.

Entretenir la liberté du ventre par des *laxatifs*; appliquer des *câtaplasmes émollients* ou des fomentations émollientes sur l'abdomen; prescrire un repos absolu, commander une *diète* sévère les premiers jours, et n'accorder ensuite les aliments légers qu'avec prudence, tels sont les moyens qui complètent ce traitement.

Dans les cas où l'inflammation est plus profonde, où l'on a à redouter la suppuration de l'utérus ou de ses annexes et la gangrène superficielle ou profonde de l'organe, on doit insister fortement sur les mêmes moyens. Ces cas sont rares. Lorsque les abcès se sont formés, on a recours à un traitement qui sera exposé à l'occasion des *phlegmons du bassin et de la fosse iliaque* (1); et dans les cas où l'on a affaire à une gangrène, on emploie les *antiseptiques*, qui bien souvent sont sans effet.

Nous avons dit que dans quelques cas, malgré les moyens mis en usage, il reste un certain degré d'inflammation qui prend la forme chronique. On a alors recours aux *mercuriaux*, à l'*iode* et aux autres agents thérapeutiques indiqués à l'article *Métrite chronique* (2). Ils n'offrent, dans leur application, rien de particulier à la maladie qui nous occupe.

## ARTICLE VII.

### MÉTRITE EXTERNE OU DU COL DE L'UTÉRUS; GRANULATIONS, ÉROSIONS, ULCÉRATIONS SIMPLES, ULCÈRES SYPHILITQUES.

[L'utérus présente une disposition et des rapports dont aucun autre organe n'offre d'exemple : son corps est un viscère intérieur, profondément caché et appartenant à la sphère des organes péritonéaux; son col, bien qu'abrité par le vagin, est une partie extérieure, et offre une surface de rapports, analogue à celles des parties tégumentaires; le corps est revêtu de péritoine, le col d'une muqueuse qui a de l'analogie avec celle du vagin; et, tandis que la première partie ne peut guère recevoir que des influences internes, la seconde est surtout exposée aux actions extérieures. Peut-être même pourrait-on dire que la circulation et l'innervation du col et du corps de l'utérus sont différentes; il est certain, du moins, que, sous le rapport du développement, ces deux parties sont dans un véritable état d'antagonisme : ainsi, chez la petite fille, tandis que le col est dans un état de développement proportionné à celui des autres organes, le corps est rudimentaire; chez la femme adulte, le corps l'emporte en volume sur le col, et chez la femme âgée, le col s'atrophie longtemps avant le corps. Il résulte de ces faits que le mode de vitalité de ces deux parties n'est pas semblable; et l'on comprend facilement, dès lors, que chacune d'elles puisse être malade isolément. La distinction qui a été faite

(1) Voyez plus loin un article consacré à ces abcès.

(2) Voyez plus loin.

mais, bien qu'on ait voulu en faire le moyen principal, on ne doit le regarder, avec les précédents, que comme un simple adjuvant.

Enfin, il faut calmer les douleurs nerveuses, donner des toniques, des ferrugineux, des opiacés pour les souffrances de l'estomac, mettre en œuvre les moyens possibles contre la dysménorrhée.

## 2° ÉROSIONS DU COL DE L'UTÉRUS.

Les érosions du col de l'utérus ont moins d'importance que les granulations. Nous n'en connaissons pas les causes. On a dit que ces lésions sont dues au passage continu d'un mucus altéré ; mais M. Duparcque n'a pas observé ce rapport de cause à effet, et il a vu la sécrétion morbide dépendre bien plutôt de ces érosions qu'elles produisent. Dans un cas cité par Magistel, elles étaient, selon toutes les apparences, occasionnées par la présence d'un pessaire.

*Symptômes.* — La douleur est plus remarquable dans les érosions que dans les granulations. Elle se manifeste particulièrement dans le coït, et est rendue vive par le contact du doigt dans l'acte du toucher. Voici comment M. Duparcque s'exprime sur le sujet des symptômes :

« Les signes, dit-il (1), qui font soupçonner l'existence de ce genre d'affection, sont un *sentiment de chaleur brûlante, de prurit incommode* dans le fond du vagin, des *douleurs vives* du col de l'utérus réveillées par le contact du doigt, et qui rendent surtout le coït pénible. Mais le principal et le plus marqué est fourni par l'*écoulement* plus ou moins abondant qui constitue la leucorrhée, et qui a longtemps attiré seul l'attention des praticiens : ce n'est que depuis qu'on a popularisé l'usage du spéculum, qu'on a vu que beaucoup de ces écoulements étaient dus à des affections ulcéreuses du vagin, et surtout de l'utérus. Dans ce cas, la matière provient pas seulement de la surface érodée ; l'irritation qui s'irradie au reste de l'utérus augmente sa sécrétion, et ce produit lui-même, par son contact avec le vagin, y excite et altère la sécrétion normale de ce conduit. Mais ce signe n'est pas constant, la suppuration peut être assez peu abondante pour que la matière, sur ainsi dire perdue dans le canal vaginal, ne vienne point se manifester au dehors. »

Beaucoup de signes des érosions se rapprochent de ceux des granulations, que M. Duparcque ne distingue pas d'une manière très rigoureuse. On les complète par le toucher et par l'examen à l'aide du spéculum.

Le *toucher*, outre la douleur qu'il produit, fait reconnaître l'existence d'une très légère perte de substance qui se fait sentir vers les bords de l'érosion. On sent, en passant de la surface saine à la surface malade, une petite arête qui indique le commencement de l'ulcération un peu déprimée.

A l'aide du spéculum, on voit une surface d'un rouge plus ou moins vif, siégeant tantôt sur une lèvre, tantôt sur l'autre, et quelquefois sur les deux. Elle est régulière, et l'on distingue facilement la saillie de ses bords, qui sont entourés d'une auréole rouge plus ou moins large.

L'écoulement qui accompagne ces érosions étant ordinairement assez abondant,

(1) *Loc. cit.*, p. 374.

il en résulte assez fréquemment des symptômes semblables à ceux qui viennent d'être indiqués à propos des granulations.

*Traitement.* — Le traitement antiphlogistique est plus souvent applicable aux érosions qu'aux granulations du col de l'utérus. On y a recours lorsque, ainsi que l'a fait remarquer M. Duparcque, l'érosion est « d'un rouge vif, sensible, douloureuse, et repose sur un fond engorgé, congestionné, enflammé. Le sujet est jeune et fort, continue cet auteur, on débute par une *saignée*, on le soumet à un *régime rafraîchissant*, on pousse doucement et fréquemment des *injections de liquides mucilagineux et narcotiques* à température basse, comme d'une décoction de *racine de guimauve*, ou de *graine de lin* et de *tête de pavot*, ou on les remplace par des *cataplasmes* à demeure ; les *bains entiers* et les *bains de siège presque froids* conviennent également.

« On proscriit toute espèce de fatigue, on éloigne les causes qui ont déterminé ou qui entretiennent l'érosion, et l'on recommande principalement le *repos absolu des organes* ; on surveille les évacuations alvines, et l'on prescrit un *régime approprié*. »

Il y a bien loin de ces données vagues aux préceptes rigoureux qui résultent d'une bonne analyse des faits ; mais les recherches ont été faites trop négligemment pour qu'il soit possible d'indiquer quelque chose de plus précis.

Lorsque l'inflammation est peu vive, ou lorsque, à l'aide des moyens qui viennent d'être indiqués, on l'a notablement apaisée, on a recours au traitement exposé en détail à propos des granulations, et auquel nous renvoyons le lecteur.

### 3° ULCÉRATIONS SIMPLES.

On désigne sous le nom d'ulcérations simples, ou d'*ulcères bénins* du col de l'utérus, des pertes de substance plus profondes que les précédentes et qui ne sont pas dues au cancer utérin. Cette affection est rare. MM. Duparcque et Téallier n'en rapportent que quelques exemples. Le premier de ces auteurs décrit sous le nom d'*ulcère cancroïde* une affection dont la nature est mal définie, et qui, selon toutes les apparences, n'est qu'un de ces ulcères devenu plus profond, ayant son siège sur l'utérus chroniquement enflammé et induré, et ayant acquis par là un aspect particulier.

Nous ne sommes guère plus instruits sur les *causes* des ulcères que sur celles des érosions. On a attribué leur production aux *excès de coït* et à la présence de *corps étrangers*, mais le degré d'action de la première de ces causes n'est pas bien connu ; on a encore signalé les *vices dartreux, scrofuleux et scorbutique* ; mais les faits sont bien insuffisants pour nous faire apprécier l'influence de ces causes ; à peine les auteurs ont-ils cité une ou deux observations, et il est remarquable que l'action du *virus syphilitique* pourrait être invoquée bien plutôt que celle des dartres, du scorbut et de la scrofule.

*Symptômes.* — Les ulcères dont il s'agit sont *douloureux, saignants*, et donnent lieu à un *écoulement* souvent fort abondant.

Par le *toucher* on augmente la douleur, on provoque l'écoulement d'une certaine *quantité de sang*, et l'on sent une *déperdition de substance* souvent considérable, *puisque l'on a vu une des lèvres du col en grande partie détruite*. Il ne faut pas

rapporter toujours à l'apparence, parce que l'ulcération existant souvent sur une partie tuméfiée, boursouflée, paraît plus profonde qu'elle ne l'est réellement. Sa surface est ordinairement molle au toucher et assez souvent inégale.

A l'aide du spéculum, on voit le col gonflé, d'un rouge obscur, et sur l'une ou l'autre des lèvres, un *ulcère* souvent irrégulier, à bords boursouflés, à surface d'un rouge brun, d'où s'échappe une petite quantité de sang aussitôt qu'on en touche la surface, soit avec le spéculum, soit un peu fort avec le pinceau.

Les autres symptômes sont semblables à ceux des granulations et à ceux de la métrite chronique du col. Il est facile de s'en représenter le tableau.

*Traitement.* — Lorsque l'ulcère est très douloureux et enflammé, on met en usage le traitement antiphlogistique recommandé pour les érosions qui se trouvent dans le même cas.

Si l'ulcère est peu douloureux, on met en œuvre les astringents, et surtout la cautérisation. Nous n'avons pas indiqué, à propos des lésions précédentes, la cautérisation avec le fer rouge employée par quelques praticiens, et principalement par M. Jobert (de Lamballe), qui en a obtenu de véritables succès dans le traitement de diverses maladies de l'utérus. Les érosions et les granulations guérissent très bien par les moyens que nous avons indiqués, pour qu'on ait recours à cette cautérisation effrayante pour beaucoup de malades. Quand il s'agit des ulcères profonds dont nous venons d'exposer rapidement les caractères, on peut rencontrer des cas où ces moyens sont insuffisants, et alors le cautère actuel offre une précieuse ressource. C'est surtout lorsque l'ulcère a un aspect fongueux et saigne très facilement, que ce moyen est utile et procure en peu de temps (trois semaines ou un mois, pendant lesquels on pratique deux, trois ou quatre cautérisations) une guérison complète. Cette cautérisation ne détermine pas plus de douleur que les autres, et, avec certaines précautions, elle n'offre aucun danger. Nous y reviendrons plus loin, et nous en parlerons avec plus de détails, car nous trouverons d'autres affections dans lesquelles M. Jobert la met en usage.

#### 4° ULCÈRES SYPHILITIQUES.

Les ulcères syphilitiques à mentionner ici sont les ulcères secondaires, car nous avons parlé des *chancres*, ou *ulcères primitifs*, au tome I<sup>er</sup> de ce livre, page 417. Les ulcères syphilitiques dont il s'agit n'ont, pas plus que ceux qu'on observe ailleurs, et notamment dans le pharynx, de caractères qui servent constamment à les faire distinguer. Dans tous les cas où l'on a pu les diagnostiquer, c'est en ayant recours aux renseignements fournis par les malades, en ayant égard au caractère rebelle de la lésion, en recherchant s'il n'existait pas, dans d'autres parties du corps, des traces de syphilis constitutionnelle, et enfin en s'éclairant des effets du traitement. Il suffit d'indiquer ces sources de diagnostic pour tracer au praticien la conduite à suivre.

Lorsqu'on a lieu de croire que l'ulcère est de nature syphilitique, on soumet la malade au *traitement mercuriel*, on prescrit l'*iodure de potassium*; en un mot, on met en usage les moyens que nous avons indiqués à propos des ulcérations syphilitiques, ayant soin toutefois de ne pas négliger le *traitement local* (injections,

cautérisations, calmants), qui vient en aide au traitement spécifique, et de combattre par le traitement antiphlogistique les accidents inflammatoires.

## ARTICLE VIII.

### MÉTRITE AIGUE SIMPLE.

[ Bien que nous ayons divisé la métrite en externe, interne et parenchymateuse, nous consacrons le présent article à la forme que l'on a désignée sous le nom de *métrite aiguë simple*; non que les cas de ce genre soient communs, mais parce qu'il convient de tenir compte de ces cas rares où tous les éléments de l'organe sont pris simultanément, et où il serait impossible de localiser l'affection dans ou tel tissu en particulier.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit entendre par le mot de *métrite aiguë simple*, toute inflammation plus ou moins généralisée de l'utérus, se manifestant hors de l'état de grossesse ou temps des couches.]

#### § II. — Causes.

##### 1° Causes prédisposantes.

*Age.* — Suivant la plupart des auteurs, la maladie dont nous nous occupons est très rare avant la puberté et après la cessation des règles. Selon Lisfranc, au contraire, elle est fréquente pendant les deux premières années qui suivent cette cessation. Mais cet auteur n'entre pas dans les détails des faits, et n'appuie son opinion que sur des considérations purement théoriques.

Une *alimentation* échauffante, des médicaments stimulants, emménagogues, l'abus des boissons alcooliques, sont encore rangés parmi ces causes, mais avec moins de preuves encore, s'il est possible.

Le docteur Bennett (1) admet surtout comme cause prédisposante une espèce de *faiblesse ou de susceptibilité naturelle* de l'utérus chez certaines femmes, faibles, qui se traduit par l'établissement difficile des menstrues, leur irrégularité dans les premières années, leur diminution ou leur trop d'abondance; enfin par la douleur qui les accompagne quelquefois.

L'action de ces causes est si peu démontrée, qu'il a fallu, pour presque tous les cas, admettre une prédisposition spéciale dont la nature est tout à fait inconnue.

##### 2° Causes occasionnelles.

Presque toutes les causes occasionnelles dont l'influence est bien prouvée peuvent être considérées comme des *violences extérieures*. Ainsi l'abus du coït, la disproportion du pénis, les coups sur l'hypogastre, les chutes qui déterminent un ébranlement dans les organes du bassin, les blessures, les manœuvres pour pro-

(1) *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, etc.*, traduit par M. Aran. Paris, 1850.

l'avortement, les opérations faites sur la matrice, sont toutes des causes sent plus ou moins directement et matériellement, et ce sont ces causes xistence est le moins contestable.

nous reste plus, pour compléter cette énumération, que d'indiquer les *in-* *s froides* souvent répétées, les *injections irritantes* et la *suppression des* Il serait, en effet, inutile d'insister sur une étiologie dont les éléments anquent en grande partie, et dont il faut recommander l'étude aux obser-

### § III. — Symptômes.

symptômes de la métrite aiguë simple ne diffèrent de la *congestion san-* lorsque la maladie est étendue à tout l'organe, que par une intensité plus , par le *trouvemement fébrile* qui vient se joindre à eux, et qui est plus mar- e dans les cas peu fréquents où il existe un peu de fièvre avec la simple ion, et enfin par un écoulement qui n'a pas suffisamment fixé l'attention eurs.

nflammation n'occupe que la surface interne de l'utérus, et à plus forte i elle reste fixée à la cavité du col, la *douleur* est peu vive, et elle est bor- organe malade. Il n'en est pas de même dans les conditions opposées. La est alors profonde, gravative, continue, avec des redoublements plus ou réquents, pendant lesquels elle peut s'étendre aux lombes, à l'an us, aux aines uisses. Il est bien rare que, dans la métrite aiguë simple, cette douleur soit ve pour forcer les malades à se tenir les cuisses fléchies sur le bassin, l'indique M. Duparcque; c'est dans le cas de *métrite puerpérale* que ce ne a été vu avec ce degré d'intensité.

es symptômes les plus constants est une *pesanteur* incommode au périnée, sentiment de tension dans le bassin. Si la maladie a un certain degré d'in- c'est celui dont se plaignent le plus les femmes.

leur est *augmentée notablement par la pression*, qui doit être, lorsque est possible, exercée de trois manières. Par le *palper hypogastrique*, on e la douleur qui siège dans le corps de l'utérus; mais parfois le gonflement considérable, et ce n'est qu'en pressant fortement qu'on arrive sur l'organe

Alors on doit pratiquer le *toucher par le rectum*, qui fait reconnaître plus ent l'état du corps de la matrice. Le *toucher vaginal* détermine quelque- douleur très vive, qui a pour caractère, lorsqu'il s'agit d'une métrite ai- occuper toute l'étendue du col de l'utérus. Enfin il est toujours bon de r le *palper hypogastrique* avec le *toucher vaginal*, parce que de cette ma- acquiert une notion exacte du volume, de la consistance et de la sensibi- 'organe.

par les mêmes moyens d'exploration qu'on reconnaît l'existence d'une *tu-* on plus ou moins considérable, et si, en même temps qu'on pratique le par le vagin, on presse sur l'hypogastre, on sent l'utérus pris entre les ains, ce qui permet d'en mesurer approximativement le volume, en même ue l'on apprécie plus exactement encore le degré de douleur qu'il pré-

: *toucher vaginal*, on constate encore la *dureté* ou bien la *mollesse* du col.



*dilaté*. Dans un certain nombre de cas, du moins, l'examen le plus attentif ne fait constater aucune autre lésion organique, aucun changement de position de la matrice qui puisse rendre compte de l'absence de conception; et ce qui tend à prouver encore mieux l'influence des granulations du col, c'est que l'on voit des femmes atteintes de cette affection, et qui sont restées stériles durant plusieurs années de mariage, devenir enceintes après la guérison. » Ce fait prouve combien il est important de traiter ces granulations utérines. Nous en avons observé un exemple très frappant, en ce que la conception a eu lieu très peu de temps après la guérison. Chez un bon nombre de femmes, l'obstacle ne paraît nullement insurmontable. Des recherches seraient utiles sur ce point.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* des granulations utérines est essentiellement chronique. Cette lésion passerait longtemps inaperçue et ferait des progrès sourds ou resterait stationnaire si les pertes blanches et les symptômes qui en résultent n'engageaient les femmes à se faire examiner, et, par suite, à se soumettre au traitement approprié. Les choses se passent ainsi longtemps, l'écoulement blanc étant pris pour une *leucorrhée* simple, et le médecin négligeant l'examen direct.

La *durée* de la maladie est extrêmement longue lorsque le traitement ne vient pas l'abréger. Elle peut persister pendant un grand nombre d'années. Cette affection n'a pas de tendance à se *terminer* par la guérison, du moins pendant le temps où les femmes sont encore réglées. Après l'âge critique, dans la très grande majorité des cas, les granulations disparaissent, car on trouve alors très peu d'exemples de cette affection. On ne doit pas redouter une terminaison funeste; il n'est pas un seul exemple authentique de dégénération de cette lésion en maladie organique profonde.

#### § V. — Lésions anatomiques.

L'inspection cadavérique ne nous a rien appris de nouveau, si ce n'est le degré de pénétration des granulations dans le col, que nous n'avons jamais vu dépasser un centimètre et demi.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

La leucorrhée, la dysménorrhée, les troubles de la digestion, l'irritation nerveuse, pourraient faire soupçonner l'existence de cette affection, mais non en donner la certitude. Le toucher ne donne une sensation particulière que dans certains cas. En examinant les malades avec le spéculum, on arrive bientôt à un diagnostic positif. Les seules lésions, en effet, avec lesquelles on pourrait confondre les granulations sont de simples rougeurs du col, des érosions, ou des ulcérations superficielles.

Les *rougeurs du col* se montrent ordinairement à l'époque des règles et quelquefois après des excès de coït; elles ne sont autre chose, en ce cas, que de simples ecchymoses; elles ont un aspect violacé; la muqueuse est lisse à leur surface, *elles ne tardent pas à disparaître*. Les *érosions*, aussi bien que les rougeurs, ont le



abdominaux. Le passage des matières dans le rectum est toujours accompagné de douleurs, surtout quand il y a constipation. Les *garderobes* sont quelquefois *tapissées de mucus*. • Ce dernier symptôme se manifeste principalement, lorsque l'inflammation s'est propagée au tissu cellulaire rétro-utérin.

Aux symptômes locaux qui viennent d'être décrits, il se joint des *symptômes généraux*, ordinairement *peu intenses*. Quelquefois même ils sont si légers, que, si les femmes ne se fatiguent pas, il est difficile d'en reconnaître l'existence. On a dit que cette absence des symptômes généraux se remarque principalement dans les cas où la cavité utérine est superficiellement envahie, où il existe, comme on l'a dit, un simple *catarrhe utérin*. Le fait est vrai ; mais il ne faut pas croire qu'un mouvement fébrile notable accompagne nécessairement la métrite simple aiguë. Comme dans beaucoup d'autres phlegmasies, la réaction fébrile est subordonnée à la manière plus ou moins rapide dont la maladie s'est déclarée.

On sera peut-être surpris de nous voir accorder si peu d'importance à la fièvre dans la métrite, lorsqu'on se rappellera les descriptions présentées par les auteurs. Mais si l'on veut examiner attentivement ce qui a été écrit à ce sujet, on voit bientôt que la description de la métrite avec violent mouvement fébrile s'applique presque toujours à l'inflammation qui survient après l'accouchement, et dans laquelle la maladie n'est pas à l'état de simplicité.

De toutes ces variétés de métrite admises d'après le siège précis de la maladie, il n'en est qu'une qui soit importante : c'est la *métrite du col* ; mais elle ne présente rien de particulier, si ce n'est que les symptômes indiqués sont bornés à cette partie apparente de l'organe.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la métrite simple est continue ; nous avons vu qu'il y avait des moments d'exacerbation, mais on n'observe pas de véritable intermittence. Sa *durée* n'a pas été convenablement déterminée ; dans un certain nombre de cas elle n'a pas dépassé deux septénaires. On a parlé de *terminaison* par suppuration et par gangrène ; mais c'est encore dans les cas de métrite puerpérale que les choses se passent ainsi, et même il faut remarquer que c'est presque toujours dans des cas de *fièvre puerpérale*, affection spéciale dont la métrite ne forme qu'une partie, que la métrite aiguë se termine d'une manière favorable dans la très grande majorité des cas, et s'il faut admettre, avec les auteurs, qu'elle peut dégénérer en métrite chronique, on doit du moins reconnaître que cette terminaison est fort rare.

M. Bennett a vu la maladie se terminer *par suppuration* ; dans ce cas, dit-il, si la collection purulente se forme au voisinage de la cavité utérine, elle se vide presque constamment dans cette cavité, et s'écoule par l'orifice du col. Si la suppuration se forme près de la surface externe, l'inflammation se propage en général au tissu cellulaire des ligaments larges, et le pus se comporte comme dans les cas d'inflammation et de suppuration de ces ligaments. Les faits indiqués par M. Bennett sont exacts ; mais lorsqu'il y a inflammation du tissu cellulaire, celle-ci prend une telle importance, qu'elle constitue une affection qu'il faut considérer à part (1).

(1) Voy. *Phlegmons péri-utérins*.

facile d'en limiter l'action. Le *caustique de Vienne solidifié*, que M. Filhos a tenu par une préparation particulière, est bien plus facilement manié; mais la maladie qui nous occupe on n'a nullement besoin d'un caustique aussi puissant et le *nitrate d'argent*, lorsqu'il est employé convenablement et avec la persévérance nécessaire, remplit toutes les conditions désirables (1). Le caustique mérite la préférence quand il s'agit de granulations utérines sans complication.

La cautérisation par le nitrate d'argent ne présente aucune difficulté. On peut pratiquer avec toute espèce de spéculum. On se sert du crayon de nitrate d'argent qu'on promène sur la plaque granuleuse. Il est bon de dépasser les limites de la plaque, et il n'y a aucun inconvénient même à toucher toute la surface du col et la partie supérieure du vagin. Il faut surtout *cautériser les granulations dans l'intérieur même du col*, en enfonçant le crayon à 2 centimètres environ. Faut-il prendre cette précaution, on ne détruirait pas toute la maladie, qui tendrait à se perpétuer.

La cautérisation n'a aucune espèce d'inconvénient, et le traitement réussit très bien quand on néglige complètement toute précaution.

La cautérisation par le nitrate d'argent doit être pratiquée d'abord deux fois par semaine, puis tous les huit jours jusqu'à la fin du traitement, qui dure ordinairement de six semaines à deux mois.

Pour venir en aide à ce traitement, on a recours à des *injections détersives* ou astringentes, avec l'*acétate de plomb*, l'*alun*, la décoction de *racine de ratanhia*, de *noix de galle*, de *feuilles de noyer*. Quelques médecins veulent même qu'on laisse dans le vagin un tampon de charpie, ou une petite éponge imbibée de ces liquides. M. Mèlier (2), qui a suivi ce conseil, a trouvé que le plus souvent ces corps étrangers devenaient gênants, occasionnaient de la douleur et irritaient le col, l'utérus et le vagin. Les mêmes réflexions s'appliquent aux *astringents réduits en poudre* et portés sur le col à l'aide d'un bourdonnet de charpie.

On a conseillé d'employer uniquement les astringents dans un but curatif, pour rendre leur effet plus grand, on a, le spéculum étant en place, lancé avec force les injections sur le col. Il n'existe pas de relevés de faits qui puissent nous faire connaître la valeur de ce traitement, et par conséquent il suffit de le mentionner, surtout lorsque nous venons d'en exposer un autre dont l'efficacité est incontestable. Ayant, à l'hôpital de Lourcine, mis en usage, dans quelques cas, les injections d'eau de feuilles de noyer poussées avec force sur le col, nous avons vu parfois survenir une amélioration évidente, mais nous avons été toujours obligés de terminer le traitement par la cautérisation avec le nitrate d'argent.

Quelques médecins, supposant que les granulations du col sont, dans quelques cas, le résultat d'un vice dartreux, ont prescrit l'*eau sulfureuse* en bains, en boisson, en injections; d'autres ont recommandé les *bains alcalins*; mais tous ces moyens ne sont utiles que comme adjuvants. En même temps qu'on emploie la cautérisation, on peut, si l'écoulement est abondant, placer sur le col un tampon de charpie sèche destiné à absorber l'humidité, et qu'on change fréquemment.

(1) Voyez R. Philipeaux, *Traité pratique de la cautérisation*, d'après l'enseignement clinique du professeur Bonnet, de Lyon. Paris, 1856, p. 373 et suiv.

(2) *Considérations pratiques sur les maladies de la matrice* (Mém. de l'Acad. royale de médecine, Paris, 1833, t. II, p. 330).

Quant aux *abcès des annexes de l'utérus*, à la *péritonite*, à l'*ovarite*, et même à la *cystite*, que la plupart des auteurs ont cru pouvoir être confondus avec la maladie dont nous nous occupons, ces affections ont des caractères si différents, que la confusion n'est pas à craindre. Il s'agit simplement de pratiquer l'exploration de la manière indiquée plus haut. Un bon moyen de distinguer la *cystite* de la métrite consiste à presser avec le doigt sur la paroi vésico-vaginale; on détermine par ce moyen de la douleur, lorsque la vessie est enflammée, tandis qu'en pressant sur l'utérus, on s'assure que cet organe conserve sa sensibilité normale. Il est une autre affection incomplètement connue dont le diagnostic différentiel a plus d'importance, c'est l'*inflammation péri-utérine*; nous donnerons ce diagnostic dans un des chapitres suivants.

Le *pronostic* n'est pas grave. On ne trouve pas un seul cas authentique de terminaison funeste de la métrite simple aiguë; et quant au passage à l'état chronique, nous avons vu combien il est rare.

### § VII. — Traitement.

Il suffit de dire qu'on doit employer la *saignée* plus ou moins répétée; appliquer des *sangsues* à l'hypogastre, aux aines, à l'an<sup>us</sup>; prescrire les *bains*, les applications, les injections *émollientes*, les *narcotiques*, un régime sévère, et surtout un *repos absolu*. Ces moyens suffisent pour faire promptement cesser les symptômes légers de réaction, et bientôt les symptômes locaux disparaissent eux-mêmes.

Quant aux *frictions mercurielles*, aux *révulsifs* de toute espèce, aux *vomitifs*, etc., c'est dans des cas de métrite puerpérale qu'on les a administrés.

M. Bayle a rapporté (1) une observation intitulée : « Métrite guérie par l'*émétique* et les *bains*, » mais les symptômes indiqués sont insuffisants pour caractériser la maladie, et, par conséquent, nous n'en pouvons rien conclure.

## ARTICLE IX.

### MÉTRITE INTERNE. — CATARRHE UTÉRIN.

[De toutes les affections inflammatoires de l'utérus, celle de la membrane interne est une des plus communes. Qu'elle soit absolument superficielle ou qu'elle affecte à une plus ou moins grande profondeur le parenchyme de l'organe, qu'elle soit bornée à la cavité du corps et du col, ou qu'elle se prolonge sur le col, elle n'en constitue pas moins une espèce très nettement délimitée et à laquelle s'attache un très grand intérêt.

A notre sens, devant les questions pratiques doivent tomber toutes les vaines distinctions, faciles à établir dans le silence du cabinet, et à l'exemple de MM. Velpeau, Scanzoni, Nonat, nous ne distinguerons ni la métrite du corps, ni celle du col; et nous ne conserverons pas même de délimitation entre les formes aiguës et chroniques, à peu près impossibles à distinguer au lit des malades. Pour nous, la *métrite interne* est une, et les petites différences dues à des localisations ou à un

(1) *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1828, t. I, p. 296.

il en résulte assez fréquemment des symptômes semblables à ceux qui viennent d'être indiqués à propos des granulations.

**Traitement.** — Le traitement antiphlogistique est plus souvent applicable aux érosions qu'aux granulations du col de l'utérus. On y a recours lorsque, ainsi que fait remarquer M. Duparcque, l'érosion est « d'un rouge vif, sensible, douloureuse, et repose sur un fond engorgé, congestionné, enflammé. Le sujet est jeune et fort, continue cet auteur, on débute par une *saignée*, on le soumet à un *régime rafraîchissant*, on pousse doucement et fréquemment des *injections liquides mucilagineux et narcotiques* à température basse, comme d'une décoction de racine de guimauve, ou de graine de lin et de tête de pavot, ou on les remplace par des *cataplasmes* à demeure; les *bains entiers* et les *bains de siège presque froids* conviennent également.

• On proscriit toute espèce de fatigue, on éloigne les causes qui ont déterminé ou qui entretiennent l'érosion, et l'on recommande principalement le *repos des organes*; on surveille les évacuations alvines, et l'on prescrit un *régime approprié*. »

Il y a bien loin de ces données vagues aux préceptes rigoureux qui résultent d'une bonne analyse des faits; mais les recherches ont été faites trop négligemment pour qu'il soit possible d'indiquer quelque chose de plus précis.

Lorsque l'inflammation est peu vive, ou lorsque, à l'aide des moyens qui viennent d'être indiqués, on l'a notablement apaisée, on a recours au traitement exposé en détail à propos des granulations, et auquel nous renvoyons le lecteur.

### 3° ULCÉRATIONS SIMPLES.

On désigne sous le nom d'ulcérations simples, ou d'*ulcères bénins* du col de l'utérus, des pertes de substance plus profondes que les précédentes et qui ne sont pas dues au cancer utérin. Cette affection est rare. MM. Duparcque et Téallier n'en rapportent que quelques exemples. Le premier de ces auteurs décrit sous le nom d'*ulcère cancroïde* une affection dont la nature est mal définie, et qui, selon toutes les apparences, n'est qu'un de ces ulcères devenu plus profond, ayant son siège sur l'utérus chroniquement enflammé et induré, et ayant acquis par là un aspect particulier.

Nous ne sommes guère plus instruits sur les *causes* des ulcères que sur celles des érosions. On a attribué leur production aux *excès de coït* et à la présence de *corps étrangers*, mais le degré d'action de la première de ces causes n'est pas bien connu; on a encore signalé les *vices dartreux, scrofuleux et scorbutique*; mais les faits sont bien insuffisants pour nous faire apprécier l'influence de ces causes. À peine les auteurs ont-ils cité une ou deux observations, et il est remarquable que l'action du *virus syphilitique* pourrait être invoquée bien plutôt que celle des dartres, du scorbut et de la scrofule.

**Symptômes.** — Les ulcères dont il s'agit sont *douloureux, saignants*, et donnent lieu à un *écoulement* souvent fort abondant.

Par le *toucher* on augmente la douleur, on provoque l'écoulement d'une certaine quantité de sang, et l'on sent une *déperdition de substance* souvent considérable, *puisque l'on a vu* une des lèvres du col en grande partie détruite. Il ne faut pas s'

*Tempérament, constitution.* — « Il serait bien difficile, dit M. Nonat, d'apprécier d'une manière exacte l'influence que peut avoir le tempérament sur la genèse des phlegmasies utérines. Cependant il est certain que les femmes douées d'un tempérament lymphatique et celles dont le sang est appauvri y sont plus exposées que les femmes qui jouissent d'un tempérament sanguin : ce qui semble pouvoir s'expliquer par les troubles ou l'irrégularité de la fonction menstruelle chez les premières. Il n'est pas aussi bien établi que la métrite soit plus commune chez les femmes blondes que chez les autres, quoi qu'en aient dit quelques auteurs. »

Le même auteur fait encore remarquer que la métrite est un peu plus commune chez les femmes des classes indigentes que chez celles des classes aisées, peut-être par la double influence du vice et de la misère.

L'usage de substances stimulantes, comme les *emménagogues*, doit figurer au rang des causes prédisposantes, de même que certaines pratiques, telles que les *injections vaginales*, les *bains de siège*, les *pédiluves*. On a signalé, sans avoir la démonstration de leur nocuité, l'usage des *corsets*. Enfin on a noté sans preuves l'influence des *climats tempérés*, des *saisons froides* et du *séjour dans les grandes villes*.

A notre sens, ces causes, qui sont communes à un si grand nombre de femmes et qui sont loin cependant de produire toujours des effets semblables, ne peuvent avoir d'action réelle qu'en vertu d'une prédisposition particulière, et nous pensons, avec M. Bazin et avec M. Tillot, que les diathèses rhumatismale, tuberculeuse, scrofuleuse et herpétique, ont la plus grande part à la production de la métrite interne. Il ne faut plus qu'une cause occasionnelle pour que l'influence morbide préexistante localise son action sur l'organe utérin, comme elle l'exercerait dans tout autre lieu soumis à cette action excitatrice.

## 2° Causes occasionnelles.

Toute cause capable d'*augmenter* ou de *diminuer* la congestion sanguine qui se fait à l'époque menstruelle, est capable de déterminer le développement de la métrite; et c'est pour ce motif que l'on recommande avec raison aux femmes d'éviter toutes les influences capables de troubler la menstruation, comme les *emménagogues*, les *purgatifs*, les *saignées*, les *bains de pieds*, et même les *émotions morales*. ]

Il faut reconnaître avec M. Duparcque que les *couches* jouent un grand rôle dans la production de la métrite chronique; mais peut-être la proposition de cet auteur est-elle trop absolue lorsqu'il dit : « Le plus grand nombre de ces altérations (celles de la métrite chronique) sont survenues à la suite des couches. » Sur 22 cas que nous avons rassemblés, on ne peut rapporter la maladie que 11 fois à cette cause (accouchement ou avortement), et encore dans quelques-uns la métrite chronique s'est-elle définitivement déclarée assez longtemps après les couches pour qu'on puisse conserver quelque doute. Ce nombre est néanmoins assez grand pour nous confirmer dans l'opinion précédemment émise, que les femmes qui ont des enfants sont dans la condition la plus favorable au développement de la maladie.

On a dit que *marcher trop tôt après l'accouchement*, et surtout se livrer à *fatigues considérables peu de temps après les couches* ou un *avortement*, est

des causes les plus actives de la maladie. C'est, en effet, ce qui a eu lieu dans deux cas. Ce nombre est bien peu considérable, sans doute ; mais, dans ces deux cas, il y a eu une relation de cause à effet si évidente, qu'il a été impossible de la méconnaître.

Un simple *avortement*, sans fatigue consécutive, a donné lieu à la maladie dans trois cas, et, si l'on considère que l'avortement est beaucoup plus rare que l'accouchement à terme, on reconnaîtra que ce nombre ne laisse pas d'avoir de l'importance.

Les *coups* sur l'abdomen, les *chutes* sur le siège, sur les genoux, sur les pieds, sur le ventre, les manœuvres nécessitées par un accouchement laborieux, toutes les violences extérieures qui peuvent porter sur l'utérus, soit directement, soit indirectement, ont été rangées parmi les causes de la métrite chronique. Nous n'en trouvons qu'un seul exemple parmi les faits que nous avons rassemblés, et encore s'agit-il d'un coup sur le ventre ayant déterminé l'avortement qui, comme nous venons de le voir, peut par lui-même être la cause efficiente de la maladie.

On a encore cité en première ligne les *excès de coït*. Nous croyons qu'on a beaucoup exagéré l'influence de cette cause. La métrite chronique se rencontre bien plus rarement chez les filles publiques qu'on ne devrait s'y attendre, si l'on regardait le fait comme certain, et cette proportion paraîtra bien plus faible encore, si l'on songe que ces femmes sont exposées à beaucoup d'autres causes d'inflammation. Dans les faits que nous avons réunis, cette cause n'a pu être invoquée qu'une seule fois.

Quant à la *masturbation*, aux *excès alcooliques*, aux *exercices violents*, etc., nous nous bornerons à les mentionner, parce que l'on ne trouve aucun fait qui démontre l'existence de ces causes.

On a également fait jouer un très grand rôle aux *causes morales*. Parmi les faits auxquels nous empruntons ces détails, il n'en est que trois dans lesquels ont été constaté leur existence : une fois ce fut une grande *frayeur* qui détermina une métrorrhagie suivie de métrite, et deux fois les femmes étaient en proie à de grands *chagrins*.

Parmi les causes, il nous faut citer la *suppression des règles*. Dans un cas, les règles ayant été brusquement supprimées à la suite d'une vive émotion morale, il survint bientôt une métrite chronique dont la durée fut considérable. Dans trois autres cas, la suppression fut graduelle et sans cause connue ; mais on peut se demander si lorsque les règles commencèrent à diminuer, l'inflammation chronique n'existait pas déjà, et si la suppression n'était pas plutôt l'effet que la cause.

On a cité des cas où la métrite chronique a été la terminaison d'une *métrite aiguë* ; cela est rare.

La métrite chronique a encore été attribuée à l'action d'un *virus vénérien*. Mais nous ne connaissons pas les observations sur lesquelles on s'est fondé, du moins quand il s'agit de la métrite chronique simple.

[Le séjour de *corps étrangers* dans le vagin, les *opérations* pratiquées sur le col ou le corps de l'utérus, comme l'*abaissement de l'utérus* pour l'extraction de polypes, le *débridement* de l'orifice utéro-vaginal, les *cautérisations*, le *cathétérisme utérin*, l'*application du redresseur*, etc., sont encore des causes de métrite *interne*.



M. Nonat fait remarquer que les *désirs vénériens non satisfaits* et le *célibat*, ne sont peut être pas sans influence sur la production de la métrite, et il rapporte à ces causes les cas assez fréquents de métrite chez les jeunes filles vierges. Et cet auteur ajoute que, chez ces dernières, la métrite atteint presque exclusivement le corps de l'utérus, tandis que chez la femme mariée, pour des raisons faciles à comprendre, le col est aussi fréquemment affecté que le corps.

Quant aux *déviation de l'utérus*, nous sommes persuadés que, loin d'être cause de la métrite, elles en sont ordinairement les effets. ]

### § III. — Symptômes.

*Début.* — Nous venons de voir que rarement la métrite chronique est la suite d'une métrite aiguë. Presque toujours le début de cette affection est obscur, et tout porte à croire, par conséquent, que dans le principe l'inflammation fait des progrès très lents. Une pesanteur inaccoutumée dans le bassin, des tiraillements dans les lombes, un écoulement médiocrement abondant, tels sont les phénomènes qui annoncent le développement de la maladie.

*Symptômes.* — Il n'est pas un seul cas de métrite chronique confirmée qui ne présente, soit d'une manière continue, soit à divers intervalles, un certain degré de douleur. C'est souvent un sentiment de *tension*, auquel viennent se joindre des *tiraillements* dans l'abdomen, les aines et surtout les lombes. L'augmentation de volume de l'organe rend parfaitement compte de ces phénomènes. Les douleurs, dans quelques circonstances, deviennent aiguës; elles consistent alors en élancements violents traversant le bassin, ou en coliques utérines se rapprochant de celles que les femmes éprouvent pendant l'accouchement. Il n'est pas sûr que les douleurs de ce genre doivent être directement rapportées à l'inflammation de l'organe. On peut se demander si elles ne seraient pas le résultat de congestions sanguines, plus ou moins fréquentes, qui viennent se surajouter à la maladie principale. Ce qui porte à croire qu'il en est réellement ainsi, c'est que ces douleurs se montrent principalement aux époques menstruelles où la congestion sanguine est si fréquente.

La *pression* augmente notablement les douleurs, et à ce sujet on peut voir ce que nous avons dit à propos de la métrite aiguë, l'exploration étant la même, ainsi que les résultats, à l'intensité près. Chez plusieurs malades, le coït devient insupportable, tant il est douloureux. La *marche*, la *station droite et assise* longtemps prolongée, le *cahot d'une voiture*, les grands mouvements du tronc, les *fatigues* de toute espèce, ont également pour résultat d'augmenter la douleur d'une manière sensible.

[ Quelques malades sont dans l'impossibilité de s'asseoir, à cause de douleurs ressenties aux tubérosités de l'ischion ou à l'une d'elles seulement. Souvent, dans la marche, le corps est fléchi en avant. Enfin nous devons noter l'affaiblissement des jambes, quelquefois assez considérable pour simuler la paraplégie. ]

Un sentiment de *plénitude* dans le bassin et de *pesanteur* vers le périnée est un symptôme constant de la maladie qui nous occupe. L'augmentation de volume, soit de l'organe tout entier, soit d'une de ses parties seulement, en rend parfaitement raison, et, suivant que cette augmentation est plus ou moins considérable, ce symptôme offre une plus ou moins grande intensité.



C'est également par les moyens indiqués dans la description de la métrite aiguë (1) que l'on constate cette *augmentation de volume*, qui est quelquefois très considérable. C'est ainsi qu'on a vu le corps de l'utérus s'élever au-dessus du pubis, ou plus fréquemment remplir par son volume la cavité du petit bassin, au point d'y devenir presque immobile, et que le col a présenté assez souvent un volume qu'on a jugé approcher de celui d'un œuf de poule. Une aussi grande augmentation de volume ne se remarque néanmoins que dans un nombre limité de cas, et le plus souvent elle est beaucoup moins considérable, mais elle ne manque jamais : c'est un des caractères symptomatologiques essentiels de la maladie.

[Ce phénomène se caractérise aussi par la plus grande profondeur de la cavité utérine. Dans l'état normal, les cavités réunies du col et du corps n'ont que de 65 à 70 millimètres de longueur ; dans la métrite chronique, on peut trouver jusqu'à 80 et 90 millimètres ; la mensuration s'effectue avec l'hystéromètre. Les principaux auteurs, tels que MM. Huguier, Scanzoni, Nonat, Becquerel, ont établi la réalité de ce fait. M. Aran paraît disposé à l'attribuer à un léger degré d'hydrométrie, qui serait produit par l'oblitération passagère de l'orifice supérieur du col.]

Un phénomène très important, et qui est la conséquence de l'état que nous venons de décrire, est la *chute de la matrice*. Dans l'immense majorité des cas recueillis par M. Duparcque, il y avait une descente de matrice très prononcée, et pour laquelle on avait soumis plusieurs femmes à l'usage d'un pessaire qui avait augmenté les accidents. En portant le doigt dans le vagin, on sent presque immédiatement le col très volumineux et remplissant ce conduit. Cet état de l'utérus peut être constaté lorsque les femmes sont couchées, mais bien plus facilement encore lorsqu'elles sont debout. D'autres déplacements de l'utérus, comme l'*antéversion* et la *rétroversion*, résultent également de l'augmentation du volume de l'organe et du relâchement de ses ligaments :

L'*inspection à l'aide du spéculum* fournit des renseignements précieux que l'on ne doit jamais négliger. On trouve ordinairement le col assez volumineux pour être embrassé avec peine par le spéculum. Il est d'un rouge plus ou moins foncé, parfois brun, ordinairement sans difformité. Son orifice est fermé. Quelquefois néanmoins le col présente des bosselures, et son col est entr'ouvert, sans que, pour cela, on soit autorisé à croire qu'il y a une maladie plus grave qu'une simple métrite chronique. M. Duparcque en a cité des exemples ; et voici, comme il l'a très bien remarqué, la disposition particulière qu'avaient les bosselures : « Elles sont, dit-il, séparées par des sillons plus ou moins profonds, perpendiculaires à l'orifice utérin vers lequel ils convergent ; et, comme nous n'avons jamais observé cette disposition des engorgements du col utérin que chez les femmes qui avaient eu un et le plus souvent plusieurs enfants, j'ai pu m'en rendre raison de la manière suivante. Le pourtour de l'orifice externe de l'utérus a pu être déchiré ou fissuré lors du passage de l'enfant, et les fissures auront formé des cicatrices qui n'ont pas dû prêter, comme les parties voisines, à la distention que l'engorgement morbide a fait éprouver au col utérin. Ces sillons correspondent ordinairement aux commissures du museau de tanche, et quelquefois existent aussi en avant et en arrière, ce qui fait paraître l'engorgement comme formé par plusieurs tumeurs globulaires adossées

(1) Voyez l'article précédent.

les unes aux autres. » Il faut être prévenu de cette disposition pour n'être pas exposé à porter un pronostic trop fâcheux.

La *consistance* de l'organe, que l'on constate par le toucher vaginal et rectal, est ordinairement augmentée. Dans quelques cas, au contraire, le tissu paraît ramolli, mais que les recherches des auteurs puissent nous apprendre dans quelles circonstances se produisent deux états si opposés.

Il y a un *écoulement* très variable, non-seulement suivant les cas, mais encore aux diverses époques de la maladie; et s'il est vrai de dire que parfois le col de l'utérus est sec, ou ne laisse suinter que quelques filaments muqueux plus ou moins teints de sang, on peut dire également qu'il n'en est ainsi qu'à certains moments, ou à une époque rapprochée du début de la maladie. On observe d'abord un écoulement de matière peu épaisse, légèrement roussâtre, et au bout d'un certain temps l'utérus laisse échapper une plus ou moins grande quantité de matière blanche, opaque, ordinairement peu épaisse, qui augmente principalement à l'approche des règles.

La menstruation est presque constamment, sinon constamment, troublée dans la métrite chronique. Ce sont les signes de la *dysménorrhée* qui caractérisent ce trouble fonctionnel. Dans la très grande majorité des cas, l'abondance des règles est diminuée en même temps que l'écoulement sanguin se fait avec difficulté et douleur, et nous avons vu plus haut que cette affection coïncide quelquefois avec une suppression qui devient graduellement complète, ou qui, plus rarement, s'est produite tout à coup. Parfois néanmoins on voit survenir une *ménorrhagie* plus ou moins abondante. Mais ces pertes sanguines ne sont qu'accidentelles, et après elles se reproduit la dysménorrhée, avec diminution du flux menstruel.

On a dit que la métrite chronique peut s'opposer à la fécondation. C'est un fait qui n'est pas parfaitement démontré et qui demanderait des recherches bien plus précises que celles qui ont été faites sur ce point. Au reste, on est toujours forcé de convenir que, pour que la stérilité soit la conséquence de l'inflammation chronique de l'utérus, il faut que l'affection soit portée à un très haut degré; car les exemples ne sont pas rares où la fécondation a eu lieu chez des femmes qui avaient une métrite chronique avec descente de la matrice.

Peut-on dire que l'inflammation chronique du col de l'utérus oppose un obstacle à l'accouchement? C'est une question qui n'est pas parfaitement résolue. Peut-être l'induration de l'orifice du col est-elle, dans certains cas, une conséquence d'une inflammation dissipée, comme la cartilaginification et l'ossification de cet organe; mais, dans l'état d'inflammation même, la dureté du col ne paraît pas suffisante pour s'opposer à sa dilatation.

La métrite chronique, lorsqu'elle n'est pas portée à un très haut degré, peut exister assez longtemps sans que la santé générale paraisse en souffrir beaucoup, et c'est là ce qui explique comment des femmes ont pu vivre pendant douze ans et plus avec cette maladie bien caractérisée. Ordinairement, néanmoins, on observe des symptômes généraux dignes d'attention. C'est ainsi qu'on voit survenir ces troubles digestifs si fréquemment liés aux maladies utérines. L'appétit diminue; il y a parfois du dégoût pour les aliments, des goûts bizarres; il survient des douleurs d'estomac, des symptômes d'entéralgie; en un mot, ces phénomènes qui accompagnent la *leucorrhée*. Ces symptômes sont généralement en rapport, et avec la violence des douleurs, et avec l'abondance de l'écoulement.

Le vomissement est quelquefois lié à la métrite chronique ; mais si l'on examine les observations, on voit que les cas où l'on a constaté l'existence de ce symptôme peuvent être regardés comme exceptionnels. M. Bennett considère les nausées comme un symptôme caractéristique de l'inflammation chronique du corps de l'utérus. Selon ce médecin, leur intensité est toujours en rapport avec celle de la maladie.

C'est lorsque la maladie a atteint un haut degré, qu'on observe la langueur, la pâleur de la face, l'amaigrissement, en un mot tous les signes d'un dépérissement continu. On a encore parlé du teint jaune-paille, du marasme, etc. ; mais cela porte à croire que dans les cas où l'on a observé ces symptômes, on avait affaire non à une simple métrite, mais à un cancer non encore ulcéré.

Comme dans les autres affections chroniques de l'utérus, on observe différents troubles nerveux, des névralgies, l'impatience, l'irascibilité, l'insomnie.

[ Il est de la plus haute importance de noter ces troubles sympathiques, car ils sont quelquefois prédominants et cachent en quelque sorte le mal local. Il faut savoir descendre de ces symptômes éloignés à la localisation utérine.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les troubles fonctionnels qui peuvent manifester dans les organes voisins ; nous dirons seulement que M. Nonat signale une *entérite glaireuse*, et qu'il met les hémorroïdes et la fissure à l'anus au nombre des conséquences de la métrite chronique. ]

La *fièvre* ne se montre ordinairement pas dans le cours de la métrite chronique et si on l'observe quelquefois, c'est que, sous une influence quelconque, la maladie a pris le caractère aigu. C'est ce dont on s'assure facilement, car au bout de quelques jours, les signes de métrite chronique persistant, le pouls revient à l'état normal, et la plupart des signes généraux disparaissent.

*Métrite chronique partielle.* — Comme pour la métrite aiguë, on a fait plusieurs divisions suivant le siège de la maladie, et l'on a admis une métrite chronique du col, de la partie antérieure du corps, de la partie postérieure, et de chacune des parties latérales. Nous n'avons pas pu trouver d'observation convaincante de métrite chronique bornée à une partie limitée du corps de l'organe, et, d'après quelques faits nous sommes porté à croire qu'on a donné comme exemples de métrite chronique partielle des tumeurs fibreuses de l'utérus. Mais, en eût-on cité quelques cas incontestables, les faits de ce genre n'en seraient pas moins exceptionnels, et ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'y a que la *métrite chronique du col* qui intéresse véritablement le praticien.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la métrite interne est continue ; mais on observe, à l'époque des menstrues, des exacerbations de plus ou moins longue durée, et aussi des améliorations notables qui, parfois, font espérer une guérison prochaine.

Cette forme de métrite est remarquable par sa longue *durée*. On peut dire d'une manière générale qu'elle n'a pas de tendance à se terminer par la guérison. Ce pendant il n'est pas d'exemple authentique de *terminaison* de la métrite chronique par la mort. L'affection, après avoir fait des progrès lents, reste stationnaire ; et les femmes succombent, c'est à la suite d'une autre maladie. M. Duparcque af

néanmoins que, si les femmes passent l'âge critique sans accidents tropes, la maladie s'améliore ensuite notablement. C'est encore là un fait qui n'est pas loin d'être invraisemblable ; mais il serait nécessaire que l'observation vint confirmer son exactitude.

Les ossifications, les cartilaginifications que l'on a trouvées quelquefois dans l'utérus, sont-elles, à n'en pas douter, une conséquence de l'inflammation chronique de cet organe ? A ce sujet, on peut dire ce que nous avons dit des *ossifications du cœur* ; les cas sont identiques, et l'on n'a fourni, relativement à l'utérus, aucune preuve que, sous ce rapport, les choses se passent, dans cet organe, autrement que dans l'organe central de la circulation.

### § V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques de la métrite interne ont été fort peu étudiées. Aussi ne possédons-nous sur ce point que des notions très vagues. Les principales altérations sont la rougeur plus ou moins obscure, quelquefois ardoisée, surtout lorsque la maladie a duré longtemps ; la fermeté des tissus, et en même temps, dans un certain nombre de cas du moins, leur friabilité, c'est-à-dire qu'en perdant leur élasticité normale ils ne sont pas devenus flasques et mollasses, et qu'au simple toucher ils offrent une certaine résistance, qui n'est qu'apparente, car en pressant avec l'extrémité du doigt on pénètre facilement dans leur intérieur, ce qui n'a pas lieu dans une matrice saine, dont le tissu a une cohésion bien connue.

assez fréquemment l'utérus contient une quantité notable de fluides ; cependant plusieurs auteurs affirment avoir vu le tissu malade sec, et en même temps pâle et décoloré. On a trouvé, entre les fibres, une matière fibro-albumineuse plus ou moins condensée, que l'on peut parfois exprimer par la pression et le grattage, et qui, d'abord abondante dans les premiers temps, finit ensuite par diminuer en se concrétant par le grattage, et même par passer à l'état de cartilaginification et d'ossification.

Delhomel (1) parle de brides pseudo-membraneuses qui font parfois adhérer les parois de l'utérus aux parties voisines, ce qui, dans certains cas, explique le peu de mobilité de l'organe pendant la vie. Le même auteur a vu le col oblitéré par l'adhérence immédiate ; mais rien ne prouve que cette adhérence, qui entraîne la stérilité, appartienne réellement à la métrite chronique. Il eût fallu, pour mettre la chose hors de doute, s'assurer qu'à aucune époque il n'y avait eu d'inflammation aiguë du col, et surtout de déchirure, d'éraillure considérable de cet organe pendant l'accouchement, lésions qui auraient laissé après elles l'oblitération dont il s'agit.

M. Bennett (2) a vu plusieurs fois, à la suite de l'inflammation du col, un rétrécissement exister sur un point de la cavité cervicale. Pour ce médecin, « tantôt ce rétrécissement est le résultat d'un épaississement et d'une hypertrophie morbide du col, qui a diminué le calibre de la cavité cervicale dans un point qui ne participe pas à l'inflammation ; et, à cet égard, il faut se rappeler, dit-il, que l'inflammation de la cavité du col a presque constamment pour résultat d'entraîner l'oblitération de la portion enflammée de ce conduit ; tantôt le rétrécissement tient

1) *Dictionnaire de médecine*, t. XXX, article *Utérus (inflam.)*.

2) *Loc. cit.*

à ce que le mouvement de retrait qui s'opère après la guérison dans la région enflammée et dilatée a été porté trop loin. » Habituellement ce rétrécissement n'occasionne pas la stérilité, mais peut devenir la cause de douleurs violentes pendant les règles ; nous avons indiqué, à l'article *Dysménorrhée*, le traitement employé par ce médecin pour combattre cet accident.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la métrite chronique peut présenter d'assez grandes difficultés.

Ce n'est néanmoins qu'avec une seule maladie qu'il est parfois difficile de ne pas la confondre, et cette maladie c'est le *cancer commençant* ou *induration squameuse de l'utérus*.

On s'accorde à dire que la forme du col tuméfié n'est pas la même dans les deux maladies. Dans le cancer commençant on trouve des bosselures irrégulières très résistantes sous le doigt, d'un volume très variable ; tandis que dans l'inflammation chronique on trouve le col lisse, uniformément développé, et offrant dans tous les points une résistance égale. Voilà déjà une première différence qui ne doit pas être négligée. Nous avons vu néanmoins que, dans quelques cas de métrite chronique, il existe des bosselures manifestes. Mais d'abord ces cas ne sont pas à beaucoup près les plus ordinaires, et en second lieu les bosselures présentent, ainsi que M. Duparcque lui-même a eu soin de le faire remarquer, une disposition particulière, qui met encore sur la voie du diagnostic.

L'inspection à l'aide du spéculum fournit encore quelques signes différentiels. Nous avons vu, en effet, que le col de l'utérus, dans la métrite chronique, est souvent d'un rouge sombre, et que la muqueuse y paraît congestionnée ; or, dans le cancer non ulcéré, le col est pâle, blafard, et la muqueuse lisse et polie.

Nous pouvons dire d'avance qu'un des caractères les plus communs et les plus frappants du cancer utérin commençant est de donner lieu à des pertes sanguines souvent très abondantes : c'est ce qui n'a pas lieu dans la métrite chronique, et est surtout remarquable par la *dysménorrhée* qu'elle occasionne.

Un autre caractère de la métrite chronique qui n'a pas été signalé par les auteurs, quoiqu'il ait une extrême importance, c'est de durer très longtemps jusqu'à dix, douze ans et plus, sans donner lieu aux accidents si graves qui se manifestent au bout d'un temps beaucoup moins long, dans les cas de véritable cancer. Le col de l'utérus ne s'ulcère pas, il ne tombe pas en débris comme dans le cancer ; les douleurs restent les mêmes et présentent seulement des exacerbations par intervalles, tandis que dans le cancer il survient, à une certaine époque de la maladie, des douleurs plus ou moins violentes que l'on n'avait observées au début. Et enfin le dépérissement, la langueur, la décoloration en couleur jaune-paille des tissus, sont bien autrement marqués dans le cas de cancer même commençant, que dans ceux de métrite chronique très intense et déjà ancienne.

Avec ces éléments on peut parvenir au diagnostic, sur lequel, au reste, nous reviendrons dans l'article consacré au cancer de l'utérus. On ne saurait toutefois se dissimuler qu'il ne puisse y avoir des cas où ce diagnostic soit très difficile ; et c'est ce que l'on observe dans un grand nombre de maladies, sans que pour

ne se croie autorisé à regarder comme étant de même nature des affections qui, dans la très grande majorité des cas, se montrent avec des caractères très distincts.

Quant aux cas de *cancer ulcéré*, de *polype*, de *névralgie de l'utérus*, ils se distinguent par trop de points de la métrite chronique pour qu'il soit nécessaire d'en présenter le diagnostic.

Les *corps fibreux* de la matrice donnent lieu à des symptômes qui les font ressembler beaucoup à la métrite chronique. On devra considérer dans le diagnostic la situation de la lésion, les corps fibreux occupant ordinairement le col de l'utérus ; tandis que la métrite chronique occupe ordinairement le col, soit isolément, soit au même temps que le corps. On ne peut, du reste, mieux comprendre tout ce qu'il reste encore à faire pour donner plus de précision à l'histoire de la maladie qui nous occupe, que lorsqu'il s'agit de son diagnostic.

*Pronostic.* — Le *pronostic* est sérieux sans être grave. Nous avons, on se le rappelle, écarté, comme terminaison de la maladie, sa dégénération en squirrhe ; or, c'est la possibilité de cette dégénération qui seule a pu, aux yeux d'un certain nombre de médecins, faire regarder l'inflammation chronique de l'utérus comme une maladie très grave. Dans tous les cas rapportés par les auteurs, la guérison, ou du moins une amélioration des plus grandes a été la conséquence d'un traitement bien entendu, et lorsque les malades ont succombé, c'est qu'une autre maladie est venue les enlever. Nous allons voir, en parlant du traitement, que la très longue durée de l'affection ne doit pas, dans un bon nombre de cas, rendre le pronostic plus grave. La guérison n'a pas été, en effet, plus difficile à obtenir, dans ces cas, dont les principaux sont rapportés par M. Duparcque.

## § VII. — Traitement.

*Emissions sanguines.* — Tous les auteurs ont conseillé vivement les émissions sanguines. La *saignée générale* est recommandée si la malade n'est pas trop affaiblie. Dans plusieurs cas même on est revenu à la saignée du bras, à deux, trois et quatre reprises en deux ou trois semaines, et chaque fois il en est résulté un soulagement marqué qui consistait d'abord dans la diminution des douleurs. Lorsque des symptômes de dysménorrhée se produisent aux époques menstruelles, et qu'on s'est assuré qu'ils sont dus à un certain degré de congestion sanguine accidentelle, ce qui est le cas le plus ordinaire, on a recours aux *saignées spoliatives* dont nous avons parlé dans l'article *Dysménorrhée*.

Des *sangsues* en plus ou moins grand nombre sur l'hypogastre, aux aines, à la partie supérieure des cuisses, à l'anus, sont généralement prescrites. Lisfranc (1) regardait l'application des sangsues et des ventouses scarifiées, non-seulement comme peu utile, mais encore comme nuisible dans le plus grand nombre des cas.

Lorsque, dit-il, nous sommes appelés en ville pour voir des femmes affectées de maladies de l'utérus, il est assez rare que l'on n'ait pas eu déjà recours aux annéides ; nous interrogeons les malades, et nous apprenons que dix-huit sur vingt ont éprouvé plus de chaleur et plus de douleur à la suite de l'emploi du moyen dont nous nous occupons ; que quelquefois même ce moyen a produit des accidents très violents : il est des cas dans lesquels il réussit, mais ce sont des exceptions. »

(1) *Loc. cit.*, p. 713.



Mais il est un mode particulier d'appliquer les sangsues qui mérite que nous nous en occupions, c'est l'application des *sangsues sur le col de l'utérus*. Ce moyen calme comme par enchantement les douleurs sacro-lombaires, les élancements, enfin toutes les sensations pénibles qui sont les compagnes ordinaires des altérations légères ou profondes de la matrice.

Le nombre des sangsues doit être proportionné au degré de prédominance des symptômes inflammatoires et à l'état des forces. Cette saignée directe produit moins de faiblesse, toute proportion gardée, que la saignée générale ; aussi peut-elle être employée dans des cas où celle-ci pourrait être préjudiciable.

[Voici comment on doit, selon M. Nonat (1), procéder à cette application :

« La malade étant couchée sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin, un spéculum plein sera introduit suivant les règles ordinaires ; on saisira le col, on le mettra bien à découvert, puis on le nettoiera très soigneusement. Une boule de coton sera portée dans l'ouverture du museau de tanche, afin de la tenir bouchée. Cette précaution est indispensable, si l'on veut empêcher les sangsues de presser sur le pourtour de l'orifice, où elles déterminent des douleurs si atroces que, parfois, elles provoquent une attaque de nerfs. Les sangsues sont introduites une à une et retenues au fond du spéculum, contre le col, au moyen d'un tampon de charpie ou de coton. On a soin de maintenir le spéculum bien appliqué, pour éviter qu'elles ne s'échappent pas dans le conduit vaginal. Huit à dix sangsues appliquées sur le museau de tanche retirent autant de sang que quinze placées sur la peau ; cela tient probablement à ce qu'elles sont portées directement sur le point hyperémié.

» Les sangsues une fois retirées, l'écoulement de sang qui se fait par les piqûres ne tarde pas à s'arrêter spontanément. Si l'hémorrhagie (2) se prolongeait au delà de plusieurs heures, on aurait recours à l'emploi des hémostatiques usités en pareil cas ; et si les moyens ordinaires échouent, on appliquera avec avantage les serres-fines de Vidal.

» Les piqûres de sangsues se cicatrisent promptement et sans laisser de traces. Nous n'avons pas vu d'ulcérations leur succéder, sauf dans des circonstances exceptionnelles et indépendantes de la métrite chronique. »

Mais ce n'est pas assez d'avoir indiqué le mode d'application des émissions sanguines, il faut encore en formuler les indications, et c'est ce que le même auteur a exposé avec un grand sens pratique.

Selon M. Nonat, la difficulté consiste à distinguer les cas où la saignée locale doit être préférée à la saignée générale, et réciproquement. En général, il faut débiter par une saignée générale ; si elle a produit une amélioration notable il faut y revenir, dans l'état de pléthore ; et, au contraire, dans l'état d'anémie, il convient d'user des saignées locales.

Les saignées générales doivent être répétées deux ou trois fois par mois chez les femmes pléthoriques, et seulement à l'époque de recrudescence des douleurs chez les malades affaiblies ; et dans ces derniers cas il ne faut pas dépasser la dose

(1) *Loc. cit.*, p. 127.

(2) MM. Duparcque et Bennett ont cité des cas d'hémorrhagie qui ont nécessité le tamponnement. Nous invitons les praticiens à ne pas employer le perchlorure de fer, qui produit de violentes douleurs.

de 60 à 90 grammes. Ces saignées ne sont pas *spoliatives*, mais *révulsives*, et elles attirent le sang vers les extrémités supérieures.

La saignée générale, ajoute M. Nonat, est surtout indiquée dans les cas où l'utérus devient le siège, à chaque époque menstruelle, d'une congestion sanguine excessive, et quand il y a métrorrhagie. Si, au contraire, malgré cette congestion, l'écoulement sanguin est diminué, la saignée locale est préférable.]

Pour compléter le *traitement antiphlogistique* dont les saignées et les sangsues sur le col constituent le principal moyen, on prescrit les *ventouses sèches*, les *bains prolongés*, simples ou émollients; des *bains de siège* fréquents; les *applications émollientes* sur l'hypogastre et les parties génitales, et même dans l'intérieur du vagin. On les introduit de plusieurs manières : la plus ordinaire est de prescrire des *injections émollientes* ou *narcotiques* (eau de guimauve, de lin, de laitue, de pavot, de jusquiame, de morelle, etc.), que les malades font plusieurs fois par jour, et qui peuvent être pratiquées dans le bain en se servant de l'eau du bain ou du bain de siège. On peut porter un *cataplasme liquide* de farine de graine de lin ou de fécule de pomme de terre dans cette partie, soit à l'aide d'une seringue à canule d'un gros calibre, soit à l'aide du spéculum. Pour que le cataplasme ne s'échappe pas, il faut que la malade soit couchée sur le dos, le bassin plus élevé que le reste du corps. M. Mèlier (1) propose de faire prendre de la même manière des *bains du col de l'utérus*, que l'on peut renouveler plusieurs fois par jour. On peut encore imbiber une éponge d'un liquide émollient, et la porter jusqu'au col.

Pendant que l'on soumet les femmes à ce traitement, on les tient à un régime assez sévère; proscrivant les alcooliques et recommandant les aliments froids et les boissons froides. Il est essentiel de prescrire le repos, et si la chose est possible, le repos au lit. On voit fréquemment l'amélioration déjà obtenue disparaître faute de cette précaution. Lisfranc a néanmoins vu des malades qu'un repos trop prolongé irritait beaucoup, et auxquelles il fallait permettre un assez grand exercice. C'est au médecin à reconnaître la conduite qu'il doit tenir selon les cas.

Suivant M. Mèlier, il est bon de ne pas s'en tenir à ces applications émollientes et de faire des pansements journaliers avec des tampons de charpie enduits de diverses pommades. Il conseille principalement la pommade suivante :

℞ Cérat.....	30 gram.		Extrait d'opium.....	2 gram.
Extrait de ciguë.....	2 à 4 gram.			

Mélez.

Après les bains du col, le même praticien est dans l'usage de porter sur cette partie de l'organe un tampon de charpie fine imbibée du liquide qui a servi au bain, ou bien un plumasseau de charpie enduite de cérat frais, simple, opiacé, ou saturné, selon qu'il s'agit d'abattre l'inflammation, de calmer les douleurs, ou de chercher à opérer la résolution de l'engorgement.

Pour faire ces pansements, M. Mèlier se sert du spéculum plein, dans lequel il place de champ le plumasseau enduit du médicament, qu'on pousse ensuite doucement jusqu'au col à l'aide d'un mandrin qui remplit l'instrument. On arrive facile-

(1) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1833, t. II, p. 344.

ment au même résultat en se servant de toute espèce de spéculum, et en appliquant la charpie sur le col à l'aide de longues pinces.

Quelques auteurs ont proposé d'introduire un *fragment de glace* dans le vagin. Lisfranc, qui a expérimenté ce moyen, l'a toujours vu être très désagréable pour les femmes, et aggraver les accidents plutôt que de les dissiper.

Au traitement topique qui vient d'être exposé on joint ordinairement un traitement interne qui varie beaucoup suivant les auteurs.

[*Vésicatoires*. — Ces moyens topiques ont souvent pour effet d'augmenter l'inflammation existante; ils ne conviennent qu'après les saignées. Il faut les employer seulement pour combattre les douleurs, et, dans tous les cas, il ne convient pas de les appliquer en permanence; on doit souvent les faire servir à l'absorption de chlorhydrate ou de sulfate de morphine.

*Cautérisation transcurrente*. — Lorsque des douleurs vives et permanentes survivent à la métrite, M. Nonat (1) emploie la cautérisation transcurrente, mais à la condition expresse que tout élément inflammatoire ait disparu. Ces cautérisations s'appliquent au niveau des points douloureux, tels que la région des lombes, du sacrum, celle des fosses iliaques, etc. On emploie un cautère cylindro-conique dont l'extrémité est un peu convexe et taillée en lame de couteau émoussée. On le chauffe au rouge-blanc, et on les passe rapidement sur les points douloureux en effleurant l'épiderme de manière à produire une traînée rougeâtre, qui ne laisse point de cicatrice.]

*Vomitifs, purgatifs*. — Les vomitifs n'ont pas été fréquemment administrés contre la métrite chronique. Cependant M. Bayle (2), d'après M. Mériadec Laennec, a rapporté un cas en faveur de l'émétique à haute dose. Mais cette observation, dont nous avons déjà dit un mot à propos de la métrite aiguë, manque de détails. M. Trousseau vante l'action de l'ipécacuanha dans la métrite subaiguë mais il s'agit, dans les faits qu'il a observés, de l'état puerpéral.

M. Duparcque a administré l'émétique en frictions, et ce mode d'administration mérite d'être mentionné avec quelques détails :

#### ÉMÉTIQUE EN FRICTIONS.

« Je fais, dit-il, incorporer une partie d'émétique dans 8 d'axonge non lavée :

℞ Axonge non lavée..... 30 gram. | Émétique..... 4 gram.

Mélez.

» On prend, pour chaque friction, la valeur de deux grammes de cette pomade. Une première friction est faite à la partie interne d'une jambe. Le soir même une seconde friction à l'autre jambe. Le second jour, frictions aux cuisses, une le matin, l'autre le soir. Le troisième jour, on frictionne également les deux bras alternativement; puis les côtés du thorax, le quatrième jour. On recommence ensuite dans le même ordre.

» On doit frotter avec la paume de la main, largement, légèrement et long-

(1) Loc. cit., p. 170.

(2) Bibliothèque de thérapeutique. Paris, 1828, t. I, p. 296.

emps. Si quelques pustules se montrent sur une partie, on cesse d'y appliquer l'autres frictions; car ce n'est pas pour déterminer une éruption, comme on le fait ordinairement, que je les emploie, mais pour faire pénétrer le médicament par l'absorption; ce n'est pas une action dérivative externe, mais une action altérante interne que je me propose d'exciter.

• Si l'on n'aperçoit aucun résultat après avoir employé de cette manière la valeur de 15 à 30 grammes d'émétique, il faut cesser l'application. Je ferai observer qu'aucune des malades soumises à cette médication n'offrit de phénomènes indiquant que le tartre stibié ainsi administré ait porté son action sur les voies digestives. »

Parmi les *purgatifs* on choisit ordinairement ceux qui ne provoquent pas une grande irritation dans l'intestin, ou, en d'autres termes, les *laxatifs*. L'eau de Sedlitz, l'huile de ricin ou d'épurye à doses modérées; les sels de soude et de magnésie remplissent cette indication. Ces moyens, du reste, ne doivent être considérés que comme des adjuvants. Dans aucun cas ils n'ont été administrés seuls.

*Narcotiques à l'intérieur.* — Les narcotiques ne sont guère administrés à l'intérieur que dans les cas où les douleurs sont vives, et surtout lorsqu'il survient des symptômes de *dysménorrhée*. Il faut faire une exception pour la *ciguë*, qui, d'après plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer Lisfranc, Récamier et M. Duparcque, aurait procuré la guérison, non-seulement de plusieurs métrites chroniques, mais encore de véritables *squirrhes de l'utérus*!

Lisfranc conseillait de donner la *poudre de ciguë* à la dose de *cinq centigrammes* que l'on double au bout de quinze jours en augmentant successivement jusqu'à 15 et 20 centigrammes. Suivant M. Duparcque, l'extrait a autant d'efficacité, et n'a pas, comme la poudre, l'inconvénient d'occasionner le dévoiement et un sentiment désagréable à la gorge. Mais il importe de donner l'*extrait préparé à froid*, en faisant traverser le suc de la plante par un courant d'eau continu.

Les autres narcotiques, comme l'*opium*, les sels de *morphine*, la *belladone*, le *datura*, ne sont administrés que pour calmer les douleurs. Un des modes d'administration de l'opium les plus recommandés, est l'emploi de *lavements laudanisés* plus ou moins réitérés.

Il faut, avec M. Duparcque, passer sous silence l'*acide hydrocyanique* dont l'action est très contestable, parce que ce médicament dangereux ne doit être conseillé que dans les cas où l'expérience en a bien démontré l'utilité.

Nous en dirons autant de l'*arsenic*. Il faudrait, pour que l'on pût avoir quelque confiance dans ce médicament, que des faits bien détaillés nous en fissent connaître l'action presque jour par jour.

*Anesthésiques.* — Nous renvoyons pour l'emploi de ces moyens (chloroforme, *acide carbonique*), à ce que nous en avons dit à l'article *Dysménorrhée* (voy. p. 79).

*Résolutifs, fondants, désobstruants.* — Cette médication est suivie dans tous les cas où l'on a constaté l'existence de l'engorgement d'un viscère quelconque. Parmi les moyens de ce genre, ceux généralement employés, sont les *boissons alcalines* et les *bains alcalins*. L'eau de Vichy, de Néris, de Carlsbad, d'Ems, etc. (1), est prescrite en boisson, et tous les jours on fait prendre aux malades un bain d'eau

1. Voyez ces stations thermales dans le *Dictionnaire des eaux minérales et d'hydrologie médicale*, par Durand-Fardel, Le Bret et Lefort. Paris, 1860.

alcaline naturelle, ou un bain d'eau simple auquel on ajoute *deux ou trois cents grammes de carbonate de soude*.

**Mercuriaux.** — Les mercuriaux sont également employés dans le but de résoudre l'engorgement. Le *calomel*, les *pilules d'onguent mercuriel*, les *frictions mercurielles* sur les membres, l'application de la *pommade mercurielle* sur le col de l'utérus ont été fréquemment mis en usage.

**Iodures.** — Celui de *potassium* peut être prescrit de la manière suivante :

℞ Infusion de saponaire . . . 500 gram. | Iodure de potassium . . . . . 5 gram.

Dissolvez. Dose : matin et soir, une ou deux cuillerées à bouche de cette solution dans une tasse de décoction de salsepareille.

« Dans le cas de contre-indication par les voies digestives, on administre, dit M. Duparcque (1), les préparations d'iode par la méthode iatraleptique, c'est-à-dire *en frictions*. On se sert pour cela de l'*hydriodate de potasse*, des *iodures de soufre*, de *plomb*, de *mercure*, auxquels on donne la forme de pommade en les incorporant à l'axonge. Les proportions sont de *quatre grammes de médicament par trente grammes d'axonge*. On augmente l'action résolutive de la pommade en y ajoutant quelques centigrammes d'iode (de 0,20 à 0,40). »

**Préparations d'or.** — Nous retrouvons encore ici les préparations d'or recommandées comme l'iode dans les cas où l'on peut attribuer la maladie au vice scrofuleux.

**Révulsifs, dérivatifs.** — Les révulsifs sont placés au nombre des moyens les plus actifs contre la métrite chronique.

La *pommade stibiée*, un *emplâtre de poix de Bourgogne* saupoudré ou non d'émétique, les frictions avec l'*huile de croton*, avec un *liniment ammoniacal*, avec la *teinture de myrrhe* ou d'*aloès*, sont également employés dans le but d'exciter plus ou moins violemment la peau ; mais rien ne prouve que ces moyens, dont quelques-uns sont très douloureux quand on les emploie activement, soient autre chose que de simples adjuvants.

On peut rapprocher de ces moyens les *irrigations*, les *douches* sur le col de l'utérus, sur le bassin, sur les cuisses, avec différents liquides excitants.

M. le docteur Fleury (2) a obtenu la guérison d'engorgements anciens et indurés à l'aide de *douches froides*.

[**Cautérisation intra-utérine.** — Tous les moyens précédents peuvent rester sans efficacité, et il est absolument urgent d'agir directement sur les points malades. Cette nécessité a fait imaginer la cautérisation intra-utérine. En effet, la congestion utérine peut être dissipée par les saignées, les révulsifs, etc., mais non pas toujours les altérations de la muqueuse du corps ou du col de l'organe.

Lorsqu'on est décidé à agir ainsi sans intermédiaire, il faut pratiquer d'abord le *cathétérisme de l'utérus* comme procédé d'exploration (Nonat). Cette opération préliminaire a pour but de préparer les voies et de s'assurer de la sensibilité des parties. Ensuite on peut cautériser de diverses manières. L'introduction et le sé-

(1) *Loc. cit.*, p. 307.

(2) *Séances de l'Académie des sciences*, 12 mars 1849.

jour prolongé d'un crayon de *nitrate d'argent* dans le col de l'utérus produisent souvent des douleurs et des coliques et amènent le rétrécissement du col. M. Nonat préfère en conséquence la cautérisation avec la solution de nitrate d'argent ou avec le nitrate acide de mercure.

Dans l'intérieur même de l'utérus on peut pratiquer sans crainte la cautérisation avec le nitrate d'argent solide, mais introduit à l'aide d'un porte-caustique analogue à celui que Lallemand employait pour l'urèthre. On doit retourner l'instrument dans l'utérus et ne pas prolonger le contact au delà de deux minutes. Les caustiques liquides sont portés avec l'aide d'un pinceau. On a proposé de substituer des *crayons de tannin* aux caustiques précédents.]

#### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; émollients, délayants; narcotiques à l'extérieur; bains du col de l'utérus, pansements avec des pommades narcotiques; injections; cataplasmes sur le bassin, dans le vagin; glace dans le vagin; purgatifs, émétique par absorption; narcotiques à l'intérieur; résolutifs, fondants, désobstruants; mercuriaux, iode, or; révulsifs, dérivatifs; injections dans la cavité utérine, cautérisation de cette cavité.

### ARTICLE X.

#### FONGOSITÉS INTRA-UTÉRINES.

[La description de cette affection est toute moderne, et nous la présentons ici comme une sorte d'appendice à la métrite interne.

Récamier (1) a le premier indiqué ces fongosités; en inventant la *curette intra-utérine*, il témoignait de la connaissance qu'il en avait, mais il ne les a décrites nulle part avec précision. Après lui, M. A. Robert (2) pratiqua l'abrasion de fongosités utérines, M. Ch. Robin (3) en donna ensuite une description; mais les seuls travaux importants que nous connaissions sur ce sujet sont ceux de M. Rouyer (4) et de M. Goldschmidt (5). Après ces auteurs, MM. Nonat, Aran, Becquerel ont aussi parlé des fongosités utérines. Nous empruntons, principalement à MM. Rouyer et Goldschmidt, les détails qui vont suivre.

Plusieurs médecins ont nié l'existence des fongosités utérines, et voici en particulier l'opinion de M. Lebert (6):

« J'ai entendu dire à des praticiens fort distingués, tels que MM. Nélaton et Robert, que cette opération (l'abrasion) avait eu plus d'une fois entre leurs mains

(1) *Recherches sur les maladies vaginales et utérines, etc.* Note lue à l'Académie de médecine les 7 février et 14 mars 1843. — *Mémoire sur les productions fibreuses et fongueuses intra-utérines* (*Union médicale*, 1<sup>er</sup>, 4, 6 et 8 juin 1850).

(2) *Bulletin de thérapeutique*, t. XXXI, p. 344. — Thèse citée sur les granulations du col de l'utérus, 1848.

(3) *Archives générales de médecine*, 1847 t. XVII.

(4) *Étude clinique sur les fongosités de la muqueuse utérine* (thèse inaugurale. Paris 26 août 1858).

(5) *Des fongosités de la cavité de l'utérus*, thèse inaugurale. Strasbourg, 21 janvier 1859.

(6) *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1860, in-folio, t. II, p. 432.



Le *vomissement* est quelquefois lié à la métrite chronique ; mais si l'on examine les observations, on voit que les cas où l'on a constaté l'existence de ce symptôme peuvent être regardés comme exceptionnels. M. Bennett considère les nausées comme un symptôme caractéristique de l'inflammation chronique du corps de l'utérus. Selon ce médecin, leur intensité est toujours en rapport avec celle de la maladie.

C'est lorsque la maladie a atteint un haut degré, qu'on observe la langueur, la pâleur de la face, l'amaigrissement, en un mot tous les signes d'un dépérissement continu. On a encore parlé du teint jaune-paille, du marasme, etc. ; mais tout porte à croire que dans les cas où l'on a observé ces symptômes, on avait affaire non à une simple métrite, mais à un cancer non encore ulcéré.

Comme dans les autres affections chroniques de l'utérus, on observe différents troubles nerveux, des névralgies, l'impatience, l'irascibilité, l'insomnie.

[ Il est de la plus haute importance de noter ces troubles sympathiques, car ils sont quelquefois prédominants et cachent en quelque sorte le mal local. Il faut savoir descendre de ces symptômes éloignés à la localisation utérine.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les troubles fonctionnels qui peuvent manifester dans les organes voisins ; nous dirons seulement que M. Nonat signale une *entérite glaireuse*, et qu'il met les hémorroïdes et la fissure à l'anus au nombre des conséquences de la métrite chronique. ]

La *fièvre* ne se montre ordinairement pas dans le cours de la métrite chronique, et si on l'observe quelquefois, c'est que, sous une influence quelconque, la maladie a pris le caractère aigu. C'est ce dont on s'assure facilement, car au bout de quelques jours, les signes de métrite chronique persistant, le pouls revient à l'état normal, et la plupart des signes généraux disparaissent.

*Métrite chronique partielle.* — Comme pour la métrite aiguë, on a fait plusieurs divisions suivant le siège de la maladie, et l'on a admis une métrite chronique du col, de la partie antérieure du corps, de la partie postérieure, et de chacune des parties latérales. Nous n'avons pas pu trouver d'observation convaincante de métrite chronique bornée à une partie limitée du corps de l'organe, et, d'après quelques faits nous sommes porté à croire qu'on a donné comme exemples de métrite chronique partielle des tumeurs fibreuses de l'utérus. Mais, en eût-on cité quelques cas incontestables, les faits de ce genre n'en seraient pas moins exceptionnels, et ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'y a que la *métrite chronique du col* qui intéresse véritablement le praticien.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la métrite interne est continue ; mais on observe, à l'époque des menstrues, des exacerbations de plus ou moins longue durée, et aussi des améliorations notables qui, parfois, font espérer une guérison prochaine.

Cette forme de métrite est remarquable par sa longue *durée*. On peut dire d'une manière générale qu'elle n'a pas de tendance à se terminer par la guérison. Cependant il n'est pas d'exemple authentique de *terminaison* de la métrite chronique par la mort. L'affection, après avoir fait des progrès lents, reste stationnaire ; et si les femmes succombent, c'est à la suite d'une autre maladie. M. Duparcque af-

blant assez bien à de petits grains de groseille, opaques ou transparents, et, dans ce dernier cas, jaunâtres comme de petits polypes vésiculaires; ou rosés, rouges même. Sous la muqueuse on trouve quelquefois de petits caillots sanguins, comme apoplectiques, mais beaucoup plus souvent de petites masses à surface spongieuse, violacées, semblables à du tissu placentaire, contenant dans leur intérieur une sorte de noyau central, mal limité, plus dur, que l'on sent bien surtout en les pressant entre le pouce et l'index.

• Je viens de parler à l'instant de petits grains, un peu pédiculés, formant une saillie très prononcée sous la muqueuse. Dans certains cas ils ne sont rattachés à la muqueuse que par un petit pédicule mince, et ressemblent alors tout à fait aux polypes vésiculaires que l'on extrait souvent des fosses nasales. Ces polypes sont implantés alors sur la muqueuse vascularisée que nous avons décrite plus haut.

• Il est enfin une autre disposition de granulations que l'on rencontre sur la muqueuse vascularisée, ce sont de petits grains, comme des têtes d'épingle qui, se trouvent sous la face libre de la muqueuse, et lui donnent un aspect chagriné. Quelquefois ils atteignent la grosseur d'une graine de chènevis ou même d'un petit pois, et ressemblent alors à l'état que nous avons décrit plus haut, si ce n'est que, dans ce dernier cas, ils sont plus abondants et plus régulièrement disséminés. Ces granulations sont assez consistantes et présentent à la coupe une couleur blanchâtre; elles ressemblent parfaitement à de petits grains glandulaires.

• Les fongosités de l'utérus peuvent aussi s'observer dans la cavité du col; certains médecins admettent qu'on les rencontre fréquemment dans le col, tandis qu'elles sont très rares dans la cavité du corps ou ne s'y rencontrent jamais. Je crois au contraire qu'elles sont extrêmement rares dans la cavité du col exclusivement... Quelques observateurs, et notamment M. A. Robert et M. Richet, ont pensé que les fongosités se développent peut-être de préférence sur les points de la cavité utérine qui ont été le siège de l'implantation du placenta pendant la grossesse. Je pense qu'il est difficile de se rendre un compte exact de cette opinion. »

Ici nous devons faire remarquer que le plus grand nombre des descriptions anatomiques ont été données d'après les fragments retirés de l'utérus, à l'aide de la curette de Récamier; et que c'est l'absence d'examen direct qui a pu faire élever des doutes sur la nature, le siège et même l'existence des fongosités intra-utérines. Mais il nous semble que le doute n'est plus permis depuis que l'on a donné des observations recueillies sur le cadavre. M. Richet (1) en a trouvé sept ou huit exemples sur une centaine d'autopsies de femmes mortes à Lourcine, pendant le choléra de 1849. M. Nélaton, à la même époque, et dans des circonstances analogues, en a rencontré aussi des exemples à l'hôpital Saint-Antoine. M. Robert en a vu également sur le cadavre. M. Ferrier (2) a décrit quelques pièces anatomiques : dans un cas, sur la partie postérieure de la cavité utérine, au niveau des trompes, il existait une masse fongueuse, pulpeuse, rougeâtre, framboisée, sans forme déterminée; cette masse se laissait facilement enlever avec les doigts; dans un autre cas, à la partie postérieure et sur la ligne médiane de la face interne du corps

(1) *Société de chirurgie*, 24 janvier 1855.

(2) *Des fongosités utérines, des kystes de la muqueuse du corps de la matrice*, etc., thèse Paris, 20 mai 1854.

de l'utérus, on voyait une végétation d'une forme aplatie, d'une couleur rosée, d'une consistance molle, s'insérant sur la muqueuse par un pédicule étalé.

Mais c'est surtout à M. Goldschmidt que nous devons le plus grand nombre de descriptions de fongosités observées sur le cadavre ; les dessins joints à sa thèse, bien qu'incorrects, ne peuvent cependant laisser aucun doute sur la réalité de l'affection. Le fait suivant, extrait de cette thèse, nous paraît suffire comme description générale. Chez une femme âgée de soixante-deux ans, morte de métrite-péritonite, on trouva une tumeur fongueuse jaunâtre, très vasculaire, d'un rouge vif en quelques points, insérée par une large base sur toute l'étendue du fond et sur une partie de la surface postérieure de la cavité utérine, et présentant les caractères suivants : production fongueuse molle, se laissant assez facilement entamer par l'ongle, divisée en deux lobes inégaux qui offrent à leurs extrémités libres un certain nombre de lobules moulés les uns sur les autres et aplatis sur les côtés, lobules d'un rouge brun, qui ont été le siège d'hémorrhagies abondantes et presque continues vers la fin de la vie ; accumulation de matières fétides entre la tumeur et la cavité utérine. Les autres descriptions, au nombre de onze, tracées par M. Goldschmidt, d'après des pièces recueillies par M. Kœberlé, chef des travaux anatomiques et agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, et par M. le professeur Stoltz, diffèrent peu de la précédente.

Quant à la nature intime de ces productions, les auteurs sont tous d'accord. C'est une hypertrophie de la muqueuse utérine, avec addition de produits fibro-plastiques. Nous renvoyons, pour cette description qui intéresse peu le praticien, aux observations microscopiques de MM. Ch. Robin (1), Lebert (2), Ferrier (3), Rouyer, Goldschmidt, etc.

Maintenant il nous semble qu'après toutes les descriptions qui ont été publiées, il est impossible de nier l'existence des fongosités utérines.

Que l'on dise, avec M. P. Dubois et avec M. Lebert, que la curette ne ramène que des lambeaux de muqueuse utérine, nous en convenons, mais ce sont des portions modifiées, hypertrophiées ; et M. Lebert en convient aussi lui-même, en disant que dans l'utérus normal il n'est pas aisé de voir les glandes utriculaires de la muqueuse, mais qu'il les a beaucoup mieux étudiées dans les *prétendues* végétations qu'on retire avec la curette utérine.

## • § II. — Causes.

**Age.** — On ne trouve point, dit M. Goldschmidt, de fongosités avant la puberté ; les malades les plus jeunes sont comprises entre vingt et vingt-cinq ans ; à dater de cet âge, les fongosités apparaissent à toutes les époques de la vie et elles survivent à l'âge critique. Le tableau suivant, dressé par cet auteur, indique la fréquence des cas où l'origine du mal paraît avoir été constatée avec une certaine précision :

(1) *Mémoire pour servir à l'histoire anatomique et physique de la muqueuse utérine* (Arch. gén. de méd., 1848, t. XVII).

(2) Thèse de M. Juteau. Paris, 1850.

(3) *Des fongosités utérines, etc.*, thèse (Paris, 1854). Cette dissertation est accompagnée de fort belles planches.

De 20 à 25 ans. . . . .	5 cas.
25 à 30 . . . . .	8
30 à 35 . . . . .	3
35 à 40 . . . . .	5
40 à 45 . . . . .	4
45 à 50 . . . . .	3
Au delà de 50 . . . . .	2
Total. . . . .	<u>30 cas.</u>

— Selon M. Rouyer, M. Nélaton aurait eu occasion d'observer plusieurs fongosités utérines chez des femmes dont les mères avaient présenté des de la même affection.

*antérieures.* — On doit remarquer que les fongosités se sont presque développées chez des femmes qui avaient eu des enfants; le tableau posé par M. Goldschmidt sur le plan donné par M. Rouyer, mais avec un grand nombre de faits, donnera une idée de l'influence de la grossesse :

chez des femmes n'ayant pas eu de grossesse. . . . .	2 cas.
chez des femmes ayant eu des avortements. . . . .	5
— un accouchement. . . . .	12
— deux — . . . . .	5
— trois — . . . . .	6
— des couches laborieuses. . . . .	6
Total. . . . .	<u>36 cas.</u>

ce total doit se réduire à 25, parce que 9 femmes figurent en même temps dans les trois catégories d'avortements, d'accouchements et de couches laborieuses.

On a remarqué que chez toutes les malades dont il avait pu recueillir l'histoire, l'accouchement ne remontait pas au delà de deux ans.

On a les seules notions que l'on possède sur l'étiologie des fongosités utérines. Il nous semble évident qu'elles témoignent de l'influence d'une métrite chronique sur leur développement.

### § III. — Symptômes.

C'est M. Nélaton qui ont décrit avec le plus de soin les fongosités intra-utérines, leur étiologie et les symptômes observés chez les malades, tels que : dérangements menstruels, augmentation de la pesanteur dans le bassin, tiraillements dans les lombes, les aines, points douloureux au sacrum, dans les fosses iliaques, au pubis. Mais il nous semble que l'on s'est abusé à cet égard; ces symptômes sont communs à toutes les maladies utérines; ils dépendent de la congestion de l'utérus et du retentissement de ses lésions vers les nerfs; ils appartiennent bien à la métrite chronique qui a déterminé les fongosités qu'aux fongosités elles-mêmes; ils ne servent, à notre sens, qu'à attirer l'attention du côté de l'utérus et à établir le diagnostic des fongosités.

Mais nous noterons les deux seuls symptômes qui semblent avoir de l'importance, savoir, les *douleurs* et les *hémorrhagies*.

Les *douleurs* sont rarement vives; elles sont sourdes, irrégulières, intermittentes, et elles reviennent de préférence aux époques menstruelles ou après cette époque (A. Robert); elles affectent souvent le caractère de *douleurs d'expulsion*, semblables à celles que nous avons décrites dans la dysménorrhée avec décollement de la muqueuse utérine.

Ce sont surtout les *hémorrhagies* qui caractérisent les fongosités, et cela ne doit pas étonner, car, en somme, les fongosités ne sont que des bourgeons vasculaires semblables à ceux des vésicatoires ou des plaies en suppuration; et l'on sait combien il faut peu de chose pour faire saigner ces bourgeons. Aussi ces écoulements de sang sont presque continus, et ils amènent un rapide dépérissement que l'on attribue mal à propos aux fongosités elles-mêmes.

Quant aux écoulements blancs, nous n'en parlerons pas, car ils résultent plutôt de la métrite interne que des végétations elles-mêmes.

On a considéré comme *Complications* les granulations du col, l'augmentation du corps de l'utérus, le ramollissement du tissu de cet organe, l'agrandissement de sa cavité, les flexions, versions, etc. Mais ce sont aussi, selon nous, des résultats de la métrite dont les fongosités ne sont également que des éléments anatomiques.

#### § IV. — Marche, durée terminaison de la maladie.

Il est probable que les fongosités utérines ne tendent pas à la guérison spontanée, car on en a observé chez des femmes de plus de soixante et dix ans, et il est probable qu'elles s'étaient développées pendant la période génitale. Mais peut-être doit-on penser qu'à l'époque de la ménopause, les hémorrhagies tendent à se supprimer d'elles-mêmes, les congestions menstruelles ayant cessé; alors les fongosités pourraient persister à titre de lésion anatomique et de stigmates d'une métrite guérie, mais sans donner lieu désormais à aucun symptôme sérieux.

Si ce mode de terminaison est possible, il n'en faut pas moins convenir que, dans la plupart des cas, les malades dépérissent, s'épuisent par les hémorrhagies continues et répétées, et qu'elles finissent par présenter tous les caractères de la chloro-anémie. Rien ne répugne même à admettre que la mort puisse en être la conséquence, mais on n'en a pas encore observé d'exemples.

#### § V. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* se confond en quelque sorte avec la thérapeutique. En effet, c'est par l'introduction de la curette utérine que l'on peut avoir la démonstration de l'existence de l'affection. Si, chez une femme qui a une métrorrhagie, la sonde utérine ou la curette fait reconnaître l'agrandissement de la cavité utérine, l'absence de polypes; et, si elle ramène facilement des lambeaux de muqueuse où l'on aperçoit les glandes utriculaires, le diagnostic sera établi. Les *polypes* et les corps fibreux volumineux donnent au corps de l'utérus un développement proportionnel, et finissent par effacer et entr'ouvrir le col. Le *cancer* se reconnaît à son *écoulement* sanieux. Une *grossesse commençante avec menace d'avortement* déter-

du côté de l'estomac et des mamelles, des phénomènes sympathiques qui n'existent pas ici; et de plus les progrès de la grossesse elle-même lèvent bientôt tous les doutes.

Nous avons dit que la terminaison par la mort n'est pas à craindre, mais cependant le pronostic est sérieux, en ce sens que jusqu'à la ménopause on ne doit pas espérer une guérison spontanée, et que, d'ailleurs, les malades peuvent tomber dans un grand état d'épuisement. Alors les lésions préexistantes peuvent devenir prédominantes et entraîner la mort; ainsi, dans plusieurs cas (Rouyer, Goldschmidt), les malades ont succombé à des métro-péritonites et à des suppurations des ovaires.

Enfin lorsque le diagnostic est établi, le médecin est d'autant plus disposé à porter un pronostic favorable et à rassurer la malade, qu'il peut lui faire espérer une guérison radicale.

### § VI. — Traitement.

Contre une lésion aussi complètement anatomique, il est évident qu'on ne peut mettre en usage que des moyens chirurgicaux; aussi ne comprenons-nous pas que quelques médecins repoussent l'emploi de la curette utérine, lorsque la maladie compromet la santé de la femme et lorsqu'il n'y a manifestement pas d'autre moyen de guérison ou de soulagement à lui présenter. Il est bien entendu, d'ailleurs, que nous ne parlons que de l'usage prudent et non de l'abus de ce moyen; il ne faut l'employer que dans des cas relativement sérieux, et quand on s'est assuré qu'il n'y a ni ramollissement des parois de l'utérus, ni flexion de cet organe, auxquels cas on est exposé à produire des perforations. Il faut aussi imiter la réserve de M. Nélaton (Rouyer) qui se défendit de pratiquer cette opération dans un cas où des douleurs abdominales vives témoignaient de l'existence d'une inflammation aiguë des viscères pelviens; la malade mourut quelques jours après, sans avoir été opérée, et en présentant les symptômes d'une péritonite très intense.

Ainsi donc, d'accord avec M. Rouyer, et contre l'opinion de Scanzoni, nous croyons qu'il faut avoir recours à l'abrasion des fongosités à l'aide de la curette utérine. On sait que Récamier a, le premier, inventé et la méthode et l'instrument, et que presque tous les médecins et chirurgiens modernes ont pratiqué l'abrasion avec succès; nous citerons surtout MM. Trousseau, Nélaton, A. Robert, Follin, Malgaigne, etc.

*De l'abrasion des fongosités utérines.* — Nous empruntons à M. Rouyer la description de cette opération :

• La curette utérine est disposée de la manière suivante : près de l'extrémité mousse d'une tige de fer grosse comme une plume à écrire ou un peu plus, il existe, dans une longueur de 6 centimètres environ, une gouttière assez profonde, large de 5 millimètres à peu près, rappelant, mais avec des dimensions plus considérables, la disposition des porte-caustique uréthraux. L'instrument, rectiligne dans sa direction générale, décrit près de son extrémité une courbure dont la gouttière occupe la concavité. Une rainure semblable existe à chaque extrémité, et il serait utile que la courbure ne fût pas la même à chaque bout de la tige; nous allons voir pourquoi. Les bords de ces gouttières de l'instrument



doivent être *mousses*, et non tranchants comme on pourrait le supposer, car tissu est mou, friable, facile à entamer.

» L'instrument étant introduit avec précaution et lentement dans l'utérus, lui imprime quelques mouvements de *rotation sur son axe*; les bords de la gtière entament la muqueuse qui se loge dans la petite cavité linéaire, et la rplit au bout de deux ou trois tours. On retire alors l'instrument avec précaut

» Voici maintenant quelques détails qu'il est bon de connaître pour pouvoi faire l'application à quelques cas particuliers. Il peut arriver qu'on renc quelque difficulté au moment où l'extrémité de la curette utérine arrive pr l'orifice cervico-utérin ou orifice interne; cela paraît dû à une contraction : modique, car il suffit généralement d'essayer plusieurs fois sans violence, et parvient ainsi à pénétrer dans la cavité du corps de l'utérus.

» Le diagnostic aura fait reconnaître s'il existe un changement dans la tion ou dans la forme de l'utérus; s'il y avait une incurvation antérieure ou térieure, il ne faudrait pas imprimer à la curette des mouvements de rotati elle-même, car son extrémité utérine décrirait un arc de cercle beaucoup considérable et déchirerait les parois de l'utérus. On se contentera alors d'imp de légers mouvements de latéralité à la curette, en grattant la surface inter l'utérus; on pourra se servir d'instruments dont la courbure sera appropriée de l'organe.

» Dans ces cas, comme d'ailleurs lorsque la matrice est dans sa direction no il faut agir lentement; il faut que l'instrument soit conduit sans violence cherche à triompher d'aucune résistance.

» Pour pouvoir conduire et diriger la curette dans la cavité utérine, on vira du spéculum bivalve, l'instrument pouvant passer dans l'intervalle qui les deux valves, et être ainsi amené dans l'axe de la cavité utérine, co qu'on ne pourrait réaliser avec les spéculums pleins.

» Les suites immédiates de l'opération sont simples dans presque tous le il en résulte une douleur généralement peu intense, qui persiste penda heure ou deux, quelquefois plus, mais qui disparaît pendant la nuit q l'abrasion. On conseille à la malade de garder le repos pendant les quelque qui suivent l'opération. »

Comme on le voit, l'auteur a prévu les cas de flexions de l'utérus et indi précautions qu'elles réclament dans le manuel opératoire.

Il faut maintenant se demander si plusieurs abrasions sont nécessai conduite à tenir à cet égard résulte évidemment des suites de l'opération. Qu malades ont été guéries après une seule opération; chez d'autres il a été néc de réitérer l'abrasion; enfin, plusieurs médecins ont employé simultanén cautérisation intra-utérine. M. Goldschmidt résume, dans le tableau si le nombre des cas qui n'ont demandé qu'une opération ou qui en ont exig sieurs :

Une abrasion sans cautérisation. . . . .	10 cas.
Deux ou plusieurs abrasions sans cautérisation . . . .	2
Une abrasion suivie de cautérisation. . . . .	4
Deux ou plusieurs abrasions suivies de cautérisation. .	10
Total. . . . .	26 cas.

Nous croyons devoir indiquer seulement le procédé de grattage employé une fois par M. Malgaigne. Ce chirurgien, après avoir abaissé le col jusqu'à la vulve avec des pinces de Museux, *racla* la face interne de l'utérus avec des bistouris émoussés sur leur plat. La malade guérit.

Quelques médecins ont proposé de gratter les fongosités avec l'ongle, mais cette opération nécessiterait l'abaissement de l'utérus et la dilatation du col.

*Accidents.* — « Dans deux cas, dit M. Rouyer, M. Nélaton vit les malades succomber à une péronite des plus intenses ; mais le développement de cette inflammation devait être rapporté à une cause indépendante de l'abrasion, ainsi qu'on put constater à l'autopsie. » Et, en effet, dans les deux cas les ovaires étaient contractés en poches purulentes qui s'étaient ouvertes dans la cavité péritonéale.

Quant aux accidents dépendant directement de l'opération, M. Rouyer n'en admet qu'un, la perforation de l'utérus ; cette perforation peut survenir sans grande violence dans les manœuvres, ce qui s'explique par le ramollissement du tissu utérin. M. Ad. Richard a signalé à la Société de chirurgie (1855) un cas de ce genre, qui n'eut aucune suite grave.

M. Rouyer nie les cas de mort après l'abrasion, car, dit-il, personne n'a pu citer un chirurgien qui aurait eu ce malheur à déplorer. Depuis la thèse de M. Rouyer (1858), M. Becquerel (1859) (1) a indiqué trois cas où l'abrasion aurait été suivie de métrite-péritonite, et l'un d'eux aurait été mortel. Nous ignorons cependant s'il s'agit pas des cas cités précédemment.

*Récidives.* — L'affection peut récidiver, on le comprend facilement ; mais, ainsi que le fait remarquer M. Rouyer, il est possible aussi qu'après une seule abrasion les symptômes aient disparu, sans que toutes les fongosités eussent été enlevées, car la curette n'agit que dans une aire très limitée ; le retour des hémorrhagies peut dépendre des portions non entièrement enlevées. M. Rouyer cite des cas de récidives observées par M. Nélaton et M. Follin. La guérison définitive ne peut être obtenue que par un grattage plus complet.

*Injectons.* — *Cautérisations.* — Nous ne parlons pas de ces procédés déjà décrits à propos de la métrite interne. Quelques médecins les croient suffisants, mais nous rappellerons qu'ils sont quelquefois dangereux, tandis que l'application de la curette est généralement considérée comme innocente. On peut voir d'ailleurs, dans la thèse de M. Goldschmidt, des cas où les divers hémostatiques et même la cautérisation de la cavité du col de l'utérus étant demeurés impuissants, l'abrasion procura la guérison.]

## ARTICLE XI.

### MÉTRITE PARENCHYMATEUSE, ENGORGEMENT DE L'UTERUS.

La question de l'engorgement de l'utérus est essentiellement doctrinale, car elle exige bien plutôt une interprétation qu'une description. Comment décrire en effet un état anatomique considéré par quelques médecins comme problématique. Lisfranc est le premier qui ait insisté sur les engorgements de l'utérus ; il se bor-

1) *Loc. cit.* T. II, p. 193.

nait à en affirmer l'existence, mais il ne cherchait pas à en pénétrer la nature ; il ne se préoccupait pas de savoir s'ils étaient d'origine inflammatoire ; pour lui un engorgement était un engorgement, et rien de plus. Évidemment les symptômes que Lisfranc décrivait sous ce nom s'appliquaient bien à des maladies réelles, et s'il est possible d'émettre des doutes sur les opinions de ce chirurgien, ils ne peuvent porter que sur l'interprétation à donner aux cas qu'il appelait engorgements. M. Gendrin (1) leur assigna une nature inflammatoire et rendit service à la thérapeutique en fournissant les indications du traitement. Plus tard, M. Velpeau nia les engorgements du parenchyme utérin, et rapporta les cas décrits par Lisfranc aux diverses déviations ou flexions de l'utérus. Plus récemment, M. Nonat, sans nier un certain nombre de cas d'engorgement, croit que Lisfranc et M. Gendrin s'étaient mépris sur le siège de l'engorgement inflammatoire ; pour cet auteur, ce n'est pas le corps de l'utérus qui est affecté, c'est le tissu cellulaire péri-utérin, et, dès lors, l'expression de *phlegmon péri-utérin* devrait remplacer celle d'*engorgement de l'utérus*. Enfin, pour M. Bernutz, les lésions siègeraient dans le péritoine de l'excavation pelvienne et constitueraient une *pelvi-péritonite*.

On ne doit pas s'étonner de cette divergence d'opinions en présence d'une affection rarement mortelle et dont l'examen anatomique ne peut être fait que très rarement.

Si nous voulions nous borner à reproduire les descriptions anatomiques des auteurs, nous dirions, avec M. Nonat, que l'engorgement est caractérisé par une augmentation d'épaisseur des parois de l'utérus, par une consistance plus ferme qu'à l'état normal et une hyperémie manifeste ; et, avec MM. Hardy et Béhier (2) par l'épanchement de matière plastique entre les fibres utérines. Mais ces caractères nous semblent être si essentiellement théoriques, que nous préférons les remplacer par la simple indication d'un cas particulier cité par M. Depaul (3) d'après Frédéric Bird. Une femme de trente-sept ans, ayant succombé à une métrite chronique, on trouva que le fond de l'utérus avait trois fois son épaisseur normale ; un abcès développé dans la paroi postérieure s'ouvrait par un trajet étroit et court dans le rectum ; il ne communiquait pas avec la cavité utérine.

Si l'on a pu nier les engorgements de la totalité de l'utérus, on a nié plus formellement encore les engorgements partiels : ainsi, lorsque l'on rencontre l'épaississement de la paroi postérieure de l'utérus dans la rétroflexion de cet organe, on admet que cet état anatomique résulte de la position déclive de cette paroi. Cela est possible, mais on n'a présenté aucune raison sérieuse pour réfuter l'opinion qui donnerait cet engorgement comme la cause de cette rétroflexion.

Il nous paraît absolument impossible, dans l'état actuel de la science, d'émettre une opinion formelle sur l'engorgement chronique de l'utérus ; et par conséquent il nous semble tout aussi inutile de le décrire, car nous pourrions énumérer des symptômes appartenant à toute autre affection. Le seul fait qu'il nous paraisse utile de signaler, c'est que, dans le cas où l'on croirait avoir reconnu un engorgement utérin, le traitement qui lui conviendrait ne différerait pas de celui que l'on applique à la métrite chronique interne. ]

(1) *Traité de l'étude anatomique des inflammations*. Paris, 1826. 1

(2) *Traité élémentaire de pathologie interne*. Paris, 1833, t. III, p. 38.

(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1834, t. XIX, p. 628.

## ARTICLE XII.

## HYPERTROPHIE DE L'UTÉRUS.

[Sous cette dénomination on ne doit entendre que les cas où il y a augmentation de la masse des fibres musculaires et du système vasculaire des parois utérines (Scanzoni, *loc. cit.*, p. 66); l'addition de produits plastiques témoignerait d'un état phlegmasique et devrait faire rentrer les cas observés dans les engorgements de l'utérus. Mais il est très probable que la confusion a été faite plus d'une fois entre les deux affections. Dans tous les cas, il est certain que l'hypertrophie du corps de l'utérus n'est pas encore connue et que celle du col a été seule bien décrite.

Morgagni (lettre XLV<sup>e</sup>) cite un fait qui, selon M. Huguier, pourrait être rapporté à un allongement hypertrophique du col utérin; et, depuis, Ségard, Buisson, Bichat, Lallement, Dugès et madame Boivin, Chélius, Lisfranc, M. Herpin ont rapporté des faits analogues; M. le professeur Moreau a également parlé de ces cas. Mais, en général, on n'y voyait qu'un vice de conformation congénital.

Ph. Boyer (1) a rapporté deux exemples de cette affection auxquels il avait appliqué avec raison la résection du col.

Il y a déjà bien longtemps que M. Cruveilhier avait signalé l'allongement du col de l'utérus comme cause de stérilité, et Virchow s'est occupé récemment aussi du *prolongement en forme de trompe* des lèvres de l'orifice utérin; mais c'est à M. Huguier (2) que l'on doit surtout la description complète de cet état morbide. Aussi emprunterons-nous à cet auteur toute la description suivante, relative seulement à l'hypertrophie de la portion *sous-vaginale* du col.

*De l'allongement hypertrophique du col de l'utérus.* — « Dans cette affection, dit M. Huguier, le col utérin forme, dans la cavité vaginale, une saillie cylindroïde ou conoïde plus ou moins allongée, dont l'extrémité libre s'approche de l'ouverture du vagin, ou même s'engage entre les lèvres de la vulve, sans que le conduit vulvo-utérin soit invaginé ou renversé sur lui-même. Aussi le doigt introduit dans les organes sexuels reconnaît-il que l'extrémité supérieure du canal est placée aussi haut ou presque aussi haut qu'à l'état normal. Ce sont là deux grands caractères, l'absence d'invagination et la conservation de la hauteur du vagin, qui seuls suffisent pour différencier cette lésion de l'abaissement et de la descente de la matrice, avec lesquels on l'a généralement confondue jusque dans ces derniers temps. Je n'en veux pour preuve que les malades qui me sont très souvent adressées par des praticiens distingués comme atteintes de descente et de chute de la matrice, lorsqu'elles n'ont qu'un simple allongement hypertrophique du museau de tanche; les deux malades que j'ai trouvées dernièrement dans la division des incurables de la Salpêtrière, et qui ont été admises, comme le montre le

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, 5<sup>e</sup> édition.

(2) *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus, etc.*, avec XIII planches in-4°, Paris, 1860 (*Mémoires de l'Académie*, t. XXIII, et *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIV, 1859).



40  
n.  
n  
e  
q  
s'  
v  
M  
r:  
h  
d  
t  
r  
l  
l  
l

1  
1  
1

1  
1  
1

est fortement troublée, soit en plus, soit en moins, et quelquefois il y a de **Lab**les métrorrhagies ; il se joint aussi à ces accidents un écoulement leucor-  
que plus ou moins abondant. De plus, la sortie du col hypertrophié amène une  
inflammation douloureuse de la vulve, et les fonctions de la vessie, et surtout celles  
rectum, sont fortement troublées. Enfin, la station debout devient pénible et  
impossible, et les femmes sont obligées de renoncer à leurs travaux habi-  
tuel. La santé générale s'altère et le moral s'affecte, soit par la crainte des consé-  
quences de la maladie, soit par la suppression forcée des relations sexuelles.

Le toucher fait sentir l'énorme allongement du col et constater la persistance de  
cavité vaginale ; à l'extrémité supérieure de ce conduit on sent que la base du  
col continue sans bourrelet ni bracelet avec la portion sus-vaginale du col. L'ap-  
pui du spéculum est très difficile. Enfin l'hystéromètre qui, dans l'état nor-  
mal, ne donne qu'une profondeur de 5 centimètres et demi à 6 et demi, pénètre  
à 8 et 13 centimètres.

L'abaissement de l'utérus et les polypes peuvent être confondus avec l'hypertro-  
phie du col. • Dans l'*abaissement* et dans la *descente*, la totalité de l'utérus, corps  
et col, se sont portés vers la vulve ; le vagin est raccourci ; le cul-de-sac utéro-  
vaginal est abaissé ; l'extrémité supérieure du vagin adhérente au col est renversée,  
raginée dans la portion inférieure de ce conduit, et cela en raison du degré de la  
descente de l'utérus. Si, le doigt introduit dans les organes sexuels, on remonte  
la matrice à sa place et avec elle le vagin, on sent au fond de ce conduit un simple  
anneau formé par le museau de tanche avec toutes ses propriétés physiques,  
tandis que dans l'allongement hypertrophique, lors même qu'il serait compliqué  
d'une descente de la matrice, le doigt sent, lorsqu'il a remonté cet organe et rendu  
au vagin sa longueur, il sent, dis-je, au fond de ce conduit, non un simple ma-  
nelon, mais bien une tumeur conoïde ou cylindrique qui descend vers la vulve.  
Ce caractère suffirait à lui seul pour distinguer les deux affections l'une de l'autre,  
sans avoir recours à l'hystéromètre, qui est loin d'avoir, dans ce cas, une grande  
utilité, parce qu'il arrive souvent que, dans la descente de l'utérus, il y ait allon-  
gement de la cavité utérine par suite de l'hypertrophie de la portion sus-vaginale  
de l'organe. Dans les deux cas, il peut donc y avoir allongement de la cavité de  
l'utérus par un mode de développement tout à fait inverse et qu'il est toujours fa-  
cile de distinguer ; ce qui établit encore une différence entre les deux affections.  
Dans la chute de l'utérus, l'excès de la cavité est placé au-dessus de l'insertion  
du vagin ; dans l'allongement de la portion intra-vaginale du col, il est au-dessous  
de cette insertion.

Les *polypes* qui proviennent du col et ont une forme conoïde, ceux qui se con-  
fondent avec une des lèvres du museau de tanche, enfin ceux qui sont creusés  
d'une cavité, peuvent être confondus avec l'hypertrophie du col. • Voici, dit M. Hu-  
mier, à quels signes on distinguera ces deux affections. Si c'est un allongement du  
col, quel que soit le soin avec lequel le doigt ou l'extrémité de l'hystéromètre  
cherche à reconnaître vers la base de la tumeur un bourrelet ou un anneau qui  
l'embrasse plus ou moins étroitement, il n'y réussira pas ; il ne trouvera pas davan-  
tage, sur un des points de la circonférence de cette base, soit une ouverture,  
soit une fissure dans laquelle il puisse s'engager pour pénétrer dans la cavité  
de la matrice. Au contraire, dans les cas de polype venant de la cavité du corps ou



de la partie supérieure du col, si l'on examine avec attention la base de la tumeur (pédicule), on trouvera autour d'elle l'anneau ou le bourrelet sus-mentionné embrassant et étreignant plus ou moins complètement cette base. Le doigt ou au moins l'extrémité de l'hystéromètre pourra être porté en dedans du bourrelet, et de là dans la cavité de l'utérus.

« Si le polype a pris naissance dans la partie inférieure du col et se confond insensiblement avec une des lèvres, et par suite avec la portion correspondante du vagin, on sent et l'on trouve alors du côté opposé un demi-bourrelet et une ouverture irrégulière ou semi-lunaire par laquelle l'hystéromètre pénètre dans la cavité utérine. Il n'y a que l'hypertrophie isolée d'une des lèvres du col qui puisse causer de l'incertitude. La couleur, la consistance, la forme et la sensibilité de la tumeur, qui en général ne sont pas les mêmes dans les deux cas, tireront le clinicien d'embarras.

» Enfin, si le polype est creux et présente vers son extrémité inférieure un orifice qui conduise dans sa cavité, on peut introduire deux stylets ou deux hystéromètres l'un dans la cavité du polype qui est inférieur, l'autre par l'ouverture qui est située vers le pédicule du polype, dans la cavité utérine qui est placée au-dessus de la première. — Jamais, dans un allongement du col, on ne trouve deux ouvertures et deux cavités. »

M. Huguier divise les hypertrophies du col en deux catégories sous le rapport de l'étiologie. Les unes croissent lentement, sans autres symptômes que ceux qui résultent de l'action mécanique de la partie hypertrophiée sur les parties environnantes; elles semblent n'être qu'une anomalie, un vice de conformation par excès de nutrition. Les autres croissent plus rapidement à la suite d'une métrite interdéterminée par une chute, un accouchement difficile ou artificiel; dans ce dernier cas, M. Huguier pense que l'affaiblissement et la dilatation du vagin et de l'ouverture vulvaire agissent comme causes adjuvantes, car le col n'étant plus maintenant comprimé, il s'établit autour de lui, mais surtout en bas, une sorte de vide dans lequel il s'engage et se développe tout à son aise. « Il se passe ici, dit-il, ce que nous voyons dans les hernies épiploïques qui ne sont plus maintenues que par la peau affaiblie et amincie: l'épiploon s'hypertrophie et prend des proportions considérables. » Enfin, ajoute le même auteur, la maladie semble « quelquefois être la conséquence d'irritations et de métrites réitérées chez des femmes dont le vagin est court et qui ont abusé des rapports sexuels. »

L'affection dont il est ici question n'est grave qu'à un seul point de vue: c'est une cause de stérilité. Dupuytren (1) et M. Huguier ont cité des cas où l'excision du col avait permis la fécondation.

Le *traitement* doit varier suivant les cas. Chez une femme âgée, souffrant de cette hypertrophie, on se gardera bien de tout traitement actif. S'il s'agit d'une jeune femme, il convient d'agir pour remédier à la stérilité. Au début, lorsque le volume du col ne dépasse pas 2 ou 3 centimètres, si l'affection est encore à l'état inflammatoire, il faut employer quelques émissions sanguines générales ou locales; en même temps on mettra en usage les injections émollientes et rafraîchissantes, puis astringentes et toniques. Si la maladie reste stationnaire ou fait des progrès

(1) *Sur l'agénésie, l'impuissance et la dysgénésie*, thèse de M. F.-G. Dumont. Paris, 1831.

on devra pratiquer la cautérisation avec le nitrate d'argent, le caustique de Vienne solidifié (Filhos), le nitrate acide de mercure, le fer rouge. Les pessaires sont généralement inutiles ou dangereux.

Mais lorsque le mal résiste, et lorsque la tumeur a acquis une longueur de 5 à 7 centimètres, il faut recourir à l'*amputation du col*. Cette opération est indiquée lorsque les malades ne peuvent plus se livrer aux mouvements qu'exige leur profession, ou lorsqu'il survient des accidents sérieux par l'ulcération ou l'inflammation de la tumeur ou des parties environnantes.

M. Huguier pratique cette opération de la manière suivante, à l'aide de l'*instrument tranchant*. D'abord il n'emploie pas le chloroforme à cause du peu de douleur causée par l'opération, et parce que, s'il en survenait, elle serait de nature syncopale et joindrait son action à celle du chloroforme pour déterminer la mort. L'opérateur conseille de pratiquer l'excision *sur place*, c'est-à-dire au fond du vagin : l'abaissement de l'utérus jusqu'à la vulve pouvant provoquer des accidents inflammatoires consécutifs. Il commence les incisions sur le col à un demi-centimètre environ au-dessous de l'insertion du vagin, afin d'être moins exposé à blesser ce conduit et de ne pas affaiblir cette insertion qui, si la femme devenait enceinte, serait plus disposée à se rompre pendant le passage de l'enfant, ou dans les manœuvres d'un accouchement artificiel. Le seul accident à craindre, c'est l'hémorrhagie primitive, à laquelle il est toujours facile de remédier avec le perchlorure de fer. « J'ai vu pratiquer et j'ai pratiqué moi-même, dit M. Huguier, pour diverses affections, un bien grand nombre de fois cette opération, sans suites graves, et je ne pourrais pas en dire autant de la cautérisation avec le fer rouge. »

L'opération avec l'*écraseur linéaire* est longue, affreusement douloureuse, si l'on n'emploie pas le chloroforme. L'instrument est difficile à placer et l'on peut pincer la vessie et ouvrir le péritoine. Cependant il serait indiqué de l'employer chez une femme anémique, ou si la base de la tumeur était volumineuse et contenait des artères dont on sentit les battements.

Terminons cette analyse en ajoutant que M. Chassaignac a adopté le traitement de M. Huguier, et qu'il a réussi dans les six cas où il l'a mis en usage. M. Mayer, un des chirurgiens les plus distingués de l'Allemagne, a pratiqué une fois cette opération. Joignant ces cas à ceux qui lui sont propres, M. Huguier dit avoir un total de vingt et une opérées, sans qu'un des accidents graves qu'on a signalés comme pouvant être la suite de cette opération se soit manifesté.

Nous avons voulu exposer, sans aucune critique, les opinions de M. Huguier sur l'hypertrophie du col utérin. La plupart des praticiens considèrent le mémoire de ce chirurgien comme l'un des plus remarquables des temps modernes ; cependant il a soulevé des discussions, et voici ce qui a été objecté.

M. Depaul (1) a cherché à établir :

• 1° Que l'allongement hypertrophique de la portion intra-vaginale du col de l'utérus est une affection depuis longtemps bien connue et bien décrite ;

• 2° Qu'on ne saurait confondre cet état ni avec un abaissement de l'utérus peu marqué, ni surtout avec un abaissement dans lequel une portion plus ou moins considérable de l'organe a franchi l'anneau vulvaire ;

(1) *Discussion sur l'allongement hypertrophique, etc.* (Bulletin de l'Académie de médecine, séance du 5 avril 1859, t. XXIV, 1858-59, p. 672, 727 à 771.

» 3° Que le palper abdominal, que l'introduction du doigt dans le vagin et le rectum, et que l'inspection directe suffisent dans tous les cas pour établir un diagnostic certain sans qu'il soit nécessaire de recourir au cathétérisme utérin, moyen qui peut avoir les conséquences les plus funestes et qu'il faut réserver pour quelques cas exceptionnels, dans lesquels il peut servir à éclairer le diagnostic de certaines affections utérines ;

» 4° Que les moyens médicaux convenablement employés, et que les cautérisations surtout, suffisent à peu près à tous les cas ;

» 5° Que dès lors il ne convient pas de généraliser l'amputation de cette portion de l'utérus même dans les conditions qui ont été posées par notre savant collègue ;

» 6° Enfin que, malgré les observations rapportées par lui et tirées de sa pratique, cette opération doit être considérée comme une des plus graves de la chirurgie. Il ne faut pas oublier qu'elle a déjà coûté la vie à plusieurs malades.

» Sur le second point (1) :

» 1° Que l'allongement hypertrophique limité à la portion *sus-vaginale* du col n'existe pas ;

» 2° Que l'état décrit par M. Huguier sous cette dénomination n'est autre chose que l'hypertrophie de l'utérus dans sa totalité (hypertrophie qui est surtout apparente vers l'extrémité inférieure du col ou dans le corps de l'organe) ; ou un allongement de l'organe sans hypertrophie, et quelquefois même avec atrophie ;

» 3° Que cet allongement de l'utérus avec ou sans hypertrophie était connu, ainsi qu'on peut le voir dans les ouvrages de M. Cloquet, de Dugès et Boivin, de M. Cruveilhier, etc. ;

» 4° Que les auteurs, depuis qu'on a sérieusement étudié les affections utérines, n'ont pas confondu cette disposition anatomique avec la chute complète de l'utérus ;

» 5° Qu'ils ont insisté, au contraire, sur cette hypertrophie partielle ou générale qu'ils ont considérée comme cause ou conséquence de l'abaissement ;

» 6° Que la chute de l'utérus, dans laquelle une *portion de l'organe seulement* a franchi la vulve, est déjà rare ;<sup>\*</sup> mais que *la chute complète* est beaucoup plus rare encore. »

Parmi ces objections, la seule qui importe au praticien est celle qui consiste à établir que les moyens médicaux et que les cautérisations surtout suffisent à peu près à tous les cas d'hypertrophie sous-vaginale. Nous n'avons pas la prétention d'élucider ce point en litige, mais il nous semble que M. Huguier ne s'est jamais hâté d'opérer avant d'avoir essayé les moyens propres à amener la résolution du mal ; et que, malgré l'opinion contraire de M. Depaul, les accidents peuvent être assez sérieux pour que les malades réclament à tout prix une opération chirurgicale. La discussion soulevée sur ce point a été d'ailleurs un nouveau prétexte de proscription pour le cathétérisme utérin. M. le professeur Moreau a reproduit les objections de M. Depaul. C'est à l'avenir à nous apprendre où est la vérité.]

(1) Il s'agit ici de l'hypertrophie de la portion sus-vaginale du col, dont nous n'avons pas parlé ; il nous a semblé que les conclusions suivantes de M. Depaul, étaient suffisantes pour faire connaître les idées de M. Huguier sur ce sujet.

## ARTICLE XIII.

## CANCER DE L'UTÉRUS.

§. I. — *Synonymie, fréquence.*

On trouve cette maladie désignée, dans les auteurs, sous les noms de *ulcus uteri*, *scirrhus* ou *schirrus uteri*, *uteri degeneratio*; *ulcère de l'utérus*, *ulcération cancéreuse*, *squirrhe*, *cancer de la matrice*; *engorgement squirrheux*, *cancéreux de la matrice*.

La grande fréquence du cancer de l'utérus est bien connue de tout le monde. Madame Boivin et A. Dugès, faisant leurs recherches sur plus de 700 cas de cancer chez la femme, ont trouvé 409 fois le cancer de l'utérus, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas. On peut dire, d'une manière générale, que cette affection cancéreuse est celle qu'on observe le plus souvent.

§ II. — *Causes.*

## 1° Causes prédisposantes.

*Age.* — C'est presque toujours vers la fin de la grande période de la menstruation, ou peu de temps après la cessation complète des règles, que se manifeste le cancer utérin. Aussi est-ce de quarante à cinquante ans que les femmes en présentent le plus grand nombre d'exemples. Il n'est cependant pas rare de voir des femmes qui ont passé ce dernier âge être atteintes de cette affection; on l'a même observée jusqu'à soixante et quinze et quatre-vingts ans, mais ces cas sont exceptionnels.

Après la période de quarante à cinquante ans, celles qui fournissent le plus grand nombre d'exemples de cancer sont, suivant M. Lever (1), d'abord celle de trente à quarante ans, puis celle de vingt à trente ans. Dans les cas rassemblés par A. Dugès et madame Boivin, il n'en a pas été ainsi, car la période de vingt à trente ans a fourni plus de cas que celle de trente à quarante ans.

Parmi les causes prédisposantes, on a rangé des influences bien opposées. Ainsi on a dit que les *excès de coït*, les *jouissances précoces*, les *couches nombreuses*, l'*avortement*, les *accouchements laborieux* prédisposent au cancer utérin, et d'un autre côté on a affirmé que le *célibat*, une *continence trop rigoureuse*, peuvent placer les femmes dans la même prédisposition.

On a encore placé, parmi ces causes, les *affections syphilitiques*. Mais rien ne prouve que le virus vénérien puisse donner naissance au cancer, et les faits qu'on a mentionnés en faveur de cette opinion n'ont pas de valeur réelle. Lorsqu'on dit que les filles publiques meurent presque toutes des suites du cancer utérin, on affirme un fait dont tout tend à prouver l'inexactitude, comme on peut s'en assurer en parcourant les recherches de Parent-Duchâtelet (2) et celles des auteurs qui se sont spécialement occupés des maladies vénériennes.

Nous ne faisons que mentionner, parmi ces causes, la *stérilité*, parce que dans les faits qu'on a cités pour démontrer l'action de cette prétendue cause, rien ne

(1) *Statistical notices of one hundred and twenty cases of carcinoma uteri* (Medico-chirurgical Transactions, London, 1839, t. XXII, p. 267).

(2) *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3<sup>e</sup> édit. Paris, 1857, t. I, p. 237.

prouve qu'il y ait eu autre chose qu'une simple coïncidence, et que même on peut penser que, dans les cas où l'affection s'est produite à un âge peu avancé, elle a été la cause de la stérilité, bien plutôt qu'elle n'en a été l'effet.

Les *affections morales*, les passions tristes, les chagrins de longue durée, *sont* rangés, par tous les auteurs, parmi les causes dont il s'agit. La grande *irritabilité* des sujets, une *sensibilité* morale excessive, sont des causes qui se lient à la *prédisposition*. Mais n'a-t-on pas confondu l'irritabilité produite par la maladie elle-même avec une irritabilité préexistante qui aurait pu agir seule dans la production de la maladie ?

Reste enfin l'*hérédité*. Mais, à ce sujet, nous n'aurions rien à dire qui ne se trouve dans l'histoire des autres cancers.

## 2° Causes occasionnelles.

Quelques auteurs regardent, comme pouvant produire le cancer de l'utérus, les *inflammations* plus ou moins répétées de cet organe, ou plutôt, dans leur manière de voir, le cancer n'est autre chose que la conséquence, le dernier terme d'une inflammation chronique qui, ayant été longtemps négligée, se termine par la dégénération du tissu utérin en tissu squirrheux et encéphaloïde.

Suivant quelques auteurs, les *fluxions périodiques* qu'éprouve l'organe aux époques des *règles* devraient être considérées comme une des principales causes déterminantes du cancer qui l'affecte si souvent. C'est là une proposition entièrement dénuée de preuves solides. La difficulté de la menstruation à l'époque critique n'est pas un argument aussi puissant qu'on pourrait le croire. Sans doute, à l'âge auquel se produit ce cancer différerait complètement de l'âge où cette affection se montre dans les autres organes, on pourrait regarder comme presque certain que ce trouble de la menstruation a une grande influence ; mais il n'en est pas ainsi, comme chacun sait. Il faudrait donc procéder différemment pour arriver à la vérité ; il faudrait avoir étudié l'état de la menstruation chez un grand nombre de malades, et s'assurer par là si la fluxion périodique plus ou moins marquée chez les femmes a l'effet qu'on lui attribue. Ces considérations que tous les auteurs qui ont bien étudié le cancer ont toujours fait valoir, nous forcent à reconnaître l'existence d'une *cause spécifique* qui nous est entièrement inconnue dans son essence, et que quelques auteurs ont désignée sous le nom de *diathèse cancéreuse*.

## § III. — Symptômes.

La seule division qu'il faille admettre pour l'étude des symptômes est celle qui distingue le cancer en *non ulcéré* et *ulcéré*. C'est celle que nous allons suivre, après avoir dit un mot du début en général.

*Début.* — L'étude du début doit porter sur tous les cas, quelle que soit la forme du cancer, parce que rien ne prouve que cette forme influe sur la manière dont la maladie se manifeste dans les premiers temps. Peut-être néanmoins un examen plus attentif nous fera-t-il connaître plus tard quelques différences ; mais avec les faits que nous possédons il est impossible d'en trouver aucune.

Le symptôme du début le plus remarquable, celui qui mérite de fixer d'une manière toute spéciale l'attention du médecin, est la *métrorrhagie*. Dans un cer

tain nombre de cas, ce symptôme se montre sans que rien ait pu en faire craindre l'apparition ; dans quelques autres, il a été précédé d'une certaine irrégularité de la menstruation, de douleurs plus ou moins vives, et peut-être d'un écoulement particulier ; enfin (et c'est là le point capital, celui que nous aurons occasion de rappeler plus loin, et sur lequel les auteurs n'ont pas fixé leur attention), dans aucun des cas authentiques et évidents que nous avons pu rassembler, le cancer n'a été précédé des longues souffrances et des autres symptômes propres à la métrite chronique.

On voit, d'après ces considérations, que la métrorrhagie, hors de la parturition, ne doit jamais être examinée trop légèrement par le médecin. Ce n'est pas à dire pour cela que ce symptôme annonce toujours un état grave ; bien loin de là, car tous les jours on observe des pertes utérines qui n'ont pas de conséquence fâcheuse ; mais voici les circonstances qui feront plus particulièrement redouter l'invasion d'une affection organique. La métrorrhagie qui se manifeste au début du cancer a lieu fréquemment hors du temps où doivent apparaître les règles ; elle se montre parfois après la cessation complète de la menstruation ; elle est souvent abondante. Ces circonstances devront par conséquent être soigneusement notées quand il s'agira de fixer le début du cancer de l'utérus ; et si, à la suite d'une hémorrhagie de ce genre, on voit apparaître de la pesanteur vers le rectum, des douleurs utérines, un écoulement continu, en même temps qu'on constate un gonflement avec dureté, irrégularité, pâleur du col, on doit regarder la maladie comme confirmée.

*Symptômes.* — 1° *Cancer non ulcéré.* — C'est, dans l'immense majorité des cas, pendant la première période de la maladie que le cancer se présente sans ulcération. Il est bien rare, en effet, qu'on voie cette affection conduire par elle-même les malades au tombeau, sans qu'il se soit produit des ulcères plus ou moins profonds, qui souvent détruisent non-seulement l'utérus, mais encore les organes voisins. Presque toujours, lorsqu'on a eu l'occasion d'examiner anatomiquement le cancer non ulcéré de l'utérus, les malades avaient été emportées par une maladie intercurrente qui avait été d'autant plus grave, qu'elle les avait trouvées dans un état de dépérissement plus marqué. On a décrit plusieurs formes de cancer non ulcéré ; mais il suffira d'indiquer les particularités qu'elles présentent lorsque nous décrirons l'exploration de l'organe par le toucher et à l'aide du spéculum.

La douleur est un des phénomènes les plus importants du cancer de l'utérus ; mais c'est surtout lorsque le cancer s'est ramolli et s'est ulcéré qu'elle se produit. Il n'est pas très rare, en effet, de voir des femmes, ayant eu les symptômes du début, et présentant un engorgement squirrheux évident, ne pas éprouver de douleurs réelles. Mais il en est très peu qui ne ressentent pas dans le bassin un sentiment continu de plénitude, et vers le périnée une pesanteur incommode qui se fait principalement sentir lorsqu'elles marchent et lorsqu'elles sont assises. Parfois même les véritables douleurs se manifestent dès les premiers temps, et consistent alors en des tiraillements dans les lombes et les aines, en des élancements dans les mêmes parties, dans l'hypogastre et parfois dans les cuisses. Au reste, nous manquons de recherches bien précises sur l'intensité de ces douleurs, et sur leur forme dans les premiers temps de la maladie. La douleur peut être très fortement exaspérée par la pression : ce que l'on constate en touchant par le vagin pour le



col, par le rectum pour le corps de l'utérus, et de plus en palpant l'hypogastre pour ce dernier point.

Par le *toucher*, on reconnaît un gonflement plus ou moins considérable de la totalité de l'organe ou seulement d'une de ses parties. Il faut procéder à cet examen de la manière suivante :

A l'aide du *toucher vaginal*, on constate l'état du col, qui, fréquemment, est seul affecté, surtout à l'époque de la maladie dont nous nous occupons. Cette partie est *dure, volumineuse*, présente ordinairement des *bosselures* irrégulières, séparées par des enfoncements, facilement sentis par le doigt. Il en résulte une plus ou moins grande déformation de l'organe, dont un des points ou plusieurs à la fois sont très volumineux, tandis que les autres paraissent *déprimés* et comme atrophiés. On constate, en outre, des *déviation*s fréquentes du col, qui est porté ordinairement en arrière, et quelquefois en avant.

Le *toucher vaginal*, sur lequel il est nécessaire d'insister, parce qu'il n'est pas très rare de trouver des malades qui ne veulent pas se soumettre à l'examen à l'aide du spéculum et au *toucher rectal*, fait encore reconnaître si le corps de l'utérus est affecté. En portant profondément le doigt au fond du cul-de-sac du vagin, et en soulevant l'organe, on trouve celui-ci *plus dur et plus lourd*, ou bien, par la combinaison de ce moyen avec le palper hypogastrique, on obtient une mesure approximative du développement de l'utérus. Lorsque ce développement est considérable, on atteint facilement le fond de l'organe en pressant sur l'hypogastre, et de légers mouvements imprimés à cette partie se font sentir immédiatement sur le doigt qui soulève le col. L'utérus est souvent, lorsqu'il a acquis un assez grand volume, comme enclavé dans le petit bassin, de manière qu'il est impossible de lui imprimer ces mouvements qu'on fait si facilement exécuter à un utérus sain. C'est encore par le *toucher* et la palpation hypogastrique combinés qu'on constate avec précision l'existence de cette immobilité, à laquelle contribuent parfois des adhérences résultant de péritonites partielles.

Le *toucher rectal* fait plus facilement reconnaître l'état du corps de l'utérus, qui est dur, ordinairement bosselé, difficile à soulever, et qui comprime plus ou moins le rectum.

Par la *palpation hypogastrique* on peut, comme nous l'avons dit plus haut, atteindre le corps de l'utérus lorsqu'il est développé, et, dans certains cas, rien n'est plus facile.

Le même mode d'exploration sert à établir que le corps est sain, pendant que le col est affecté ; mais la *percussion* de l'hypogastre donne des résultats plus précis encore.

Lorsque le corps de l'utérus est sain, l'hypogastre a partout sa sonorité normale, et la *percussion* n'est pas douloureuse. Lorsqu'il est affecté, on trouve immédiatement, au-dessus du pubis, une matité qui se porte plus ou moins haut le long de la ligne médiane, et qui se termine par une ligne courbe à convexité supérieure, au delà de laquelle se fait entendre le son intestinal. La *percussion* est ordinairement très douloureuse lorsque le corps de la matrice est profondément affecté, et surtout lorsqu'il y a des lésions superficielles ; ce n'est donc qu'avec beaucoup de ménagements qu'on doit employer ce moyen d'exploration, qui sert aussi, comme on le voit, à faire apprécier le degré de sensibilité de l'organe. Lorsque les an-

Les parties de l'utérus sont atteintes par le cancer, la ligne de la matité est irrégulière et se porte vers les fosses iliaques.

L'examen à l'aide du spéculum est du plus grand secours, et c'est pourquoi il faut beaucoup insister auprès des malades pour qu'elles s'y soumettent. Il ne sert, il est vrai, qu'à faire reconnaître l'état du col ; mais comme il est excessivement rare que le cancer soit borné au corps de l'utérus ; que, dans l'immense majorité des cas, cette maladie commence par le col ; que souvent elle reste bornée à cette partie de l'organe, ou du moins pénètre peu au delà ; qu'il en est surtout ainsi au début de la maladie, et lorsque le cancer n'est pas ulcéré, cas dont il s'agit ici, on peut dire que, de tous les moyens d'exploration, le spéculum est encore le plus précis. Marjolin a admis quatre formes primitives principales du cancer utérin, que l'on peut reconnaître à l'aide du spéculum, et l'on peut s'assurer tous les jours que sa description est exacte. Voici ces quatre formes :

*Première forme.* — Petites tumeurs dures, circonscrites, arrondies, du volume d'un pois à celui d'une noisette, rouges ou de couleur fauve, sillonnées par des vaisseaux superficiels, plus ou moins longtemps indolentes, puis ordinairement douloureuses au toucher, et tendant à s'agrandir. Quelquefois ces tumeurs se développent primitivement à la jonction du col et du vagin.

*Deuxième forme.* — Engorgement dur, inégal, bosselé. Quelquefois diminution de volume et dilatation de l'orifice. Pâleur blafarde du col, qui ne présente pas de modifications, comme dans l'inflammation de la myrtille.

*Troisième forme.* — Tuméfaction de l'une ou de l'autre des lèvres ou de toutes deux à la fois, dans une étendue variable. Consistance inégale. Ordinairement tendre à la base, mollesse à la surface. Renversement des lèvres. Excoriations.

*Quatrième forme.* — Engorgement général, irrégulier, de couleur rouge obscur. C'est surtout, dit Marjolin, cette espèce d'affection qui, passant à l'état de cancer confirmé, produit chez quelques sujets le cancer encéphaloïde, et chez d'autres le cancer fongueux sanguin.

Ce qui ressort de plus général de cette description, c'est qu'une dureté plus ou moins notable, avec une déformation du col, est le caractère anatomique le plus fréquent du cancer de l'utérus à son début. Mais nous venons de voir que, dans quelques cas, les choses se passent d'une autre manière. Ce sont ces cas qui présentent des difficultés pour le diagnostic, et dans lesquels on doit étudier avec grand soin les autres symptômes, et surtout les symptômes du début.

Un écoulement plus ou moins abondant ne tarde jamais à se manifester. Il est surtout abondant lorsque le col est entr'ouvert et que la maladie pénètre à une certaine profondeur dans le corps de l'organe. Cet écoulement est de couleur variable, souvent rosé, roussâtre, parfois grisâtre et parfois aussi contenant une quantité de sang assez notable ; mais cette dernière circonstance se remarque bien plus souvent lorsque le cancer s'est ulcéré ou a passé à l'état fongueux. Dans les premiers temps, l'odeur de cet écoulement est fade et un peu nauséabonde ; plus tard elle devient pénétrante, caractère que nous lui trouverons à un bien plus haut degré dans la seconde période du cancer.

Pendant le cours de cette première période, les hémorrhagies se reproduisent plus ou moins fréquemment et avec une abondance plus ou moins grande. Chez quelques femmes, l'écoulement de sang est presque continu, c'est-à-dire qu'il

l'époque des règles avançant toujours beaucoup, et les menstrues durant très longtemps, les intervalles se trouvent très courts. Chez d'autres, au contraire, les intervalles augmentant, sont souvent très irréguliers, et, lorsque le sang s'échappe, la perte est ordinairement abondante. Enfin quelques femmes ont des hémorrhagies lorsqu'elles font des efforts pour aller à la garde-robe, lorsqu'elles se fatiguent, ou lorsque les organes génitaux sont soumis à quelque action un peu violente de quelque nature qu'elle soit. Mais cette dernière forme de l'hémorrhagie appartient plus particulièrement à la seconde période.

En même temps qu'on observe ces symptômes locaux, on en voit apparaître de généraux qui sont loin d'être sans importance. Les malades deviennent faibles, languissantes; elles maigrissent, perdent leur fraîcheur, pâlisent, et prennent ordinairement cette légère coloration jaunâtre qu'on a de tout temps signalée comme appartenant au cancer en général. Souvent aussi les digestions deviennent difficiles et présentent les troubles que nous avons tant de fois indiqués à l'occasion des autres affections de l'utérus, ce qui dépend non-seulement des pertes abondantes éprouvées par les malades, mais encore de l'état d'affaiblissement général qui résulte du développement du cancer. Il est assez ordinaire de voir les femmes devenir acariâtres, irritables, mélancoliques; d'observer, en un mot, un changement notable de caractère. Quant au mouvement fébrile, il est bien rare qu'il existe dans cette première période; le pouls est lent, régulier, plus ou moins faible, à moins de complication; la peau est fraîche, il n'y a pas de transpiration.

Dans cette période de la maladie, les femmes éprouvent quelques sensations douloureuses dans les seins, qui deviennent durs et volumineux; un malaise inexprimable qui ne leur permet pas de garder un seul instant la même position; des douleurs vives et passagères dans diverses parties du corps; en un mot, un trouble singulier de toutes les fonctions, dont la manifestation de la maladie vient enfin donner l'explication.

Quelquefois le cancer marche d'une manière presque latente, ne donnant lieu qu'à quelques troubles menstruels et à un écoulement qui peut très bien être attribué à une affection utérine beaucoup moins grave; et, lorsqu'on est appelé auprès des malades, on trouve le col de l'utérus profondément altéré, et présentant les signes de la seconde période de la maladie. Lisfranc en a observé un exemple bien remarquable chez une jeune femme qui avait conservé toutes les apparences de la santé, bien que le col de l'utérus fût réduit en putrilage. D'un autre côté, on voit quelquefois cette période donner lieu à des douleurs vives, avec un certain mouvement fébrile, un dépérissement beaucoup plus marqué qu'à l'ordinaire, et de grands troubles fonctionnels. Il n'y a, du reste, rien là qu'on n'observe aussi dans les autres affections chroniques, dans lesquelles, sans qu'on puisse en deviner la cause, la marche de la maladie, tout à fait insolite, donne à certains cas une physionomie particulière.

*Deuxième période.* — La douleur, avons-nous dit, est un symptôme beaucoup plus marqué dans la seconde période que dans la première. C'est alors surtout que, par la palpation et la percussion, on trouve l'hypogastre extrêmement sensible, et que le toucher cause de vives souffrances. Il est rare qu'à cette époque avancée, le corps de l'utérus ne participe pas à la maladie, soit que les progrès de la dégénérescence l'aient envahi, soit, ce qui est bien plus rare, que le mal s'y

développé dès le début, soit enfin que, sans être cancérec, cette partie de l'organe présente un certain degré d'engorgement ou d'inflammation. S'il en était autrement, la *douleur provoquée* ne serait déterminée que par le toucher vaginal, et la palpation hypogastrique, ainsi que le toucher rectal, ferait reconnaître l'état d'aggravation du corps.

La *douleur spontanée* est ordinairement très fatigante pour les malades. Ce sont des élancements douloureux qui parcourent plus ou moins fréquemment le périnée, l'hypogastre, le bassin, les lombes et même les cuisses; des tiraillements, un sentiment de *chaleur âcre*; en un mot, les diverses douleurs aiguës qui se montrent dans tous les cancers.

L'augmentation de volume du col et du corps de l'organe est constatée de la même manière que dans la première période; mais de plus le toucher vaginal et le toucher rectal font reconnaître les signes suivants :

Par le *toucher vaginal*, on trouve le col de l'utérus ramolli dans un ou plusieurs points, et conservant dans d'autres sa dureté; ou bien un ramollissement général de toute partie de l'organe, avec une *sensation de crépitation*; ou encore une ulcération déprimée, plus ou moins profonde, avec des bords durs et irréguliers; ou des végétations plus ou moins volumineuses et nombreuses; ou enfin une déformation, souvent très considérable, d'une partie plus ou moins étendue du col, déformation, déviation de cette partie de l'organe et ordinairement dilatation de son ouverture.

Quand le cancer a fait de très grands progrès, le toucher vaginal peut faire constater la disparition presque complète du col, un endurcissement des parois du vagin qui l'avoisinent et un gonflement des tissus adjacents.

A l'aide du *toucher rectal*, on découvre souvent, en même temps que l'augmentation de volume du corps de l'organe, des bosselures irrégulières, résistantes et dures, offrant divers degrés de consistance. Lorsque le corps de l'utérus est enfoncé dans une très grande étendue, son gonflement peut être très considérable; on le trouve immédiatement en introduisant le doigt dans le rectum, sur lequel il pèse fortement. Il remplit tellement le bassin, qu'on ne peut le mouvoir. Il est comme enclavé; et cette immobilité est encore augmentée par l'endurcissement des ligaments et des annexes de l'organe, ainsi que par les adhérences que l'inflammation a pu produire.

L'examen à l'aide du *spéculum* vient encore donner plus de précision à ces diagnostics. On voit le col uniformément gonflé, de couleur violacée, avec dilatation de son ouverture, par laquelle s'échappe un sang noir, grumeleux, dans lequel on trouve ordinairement des caillots de volume variable; ou bien on trouve une tumeur s'épanouissant en *champignon* à la surface du col;... surface ordinairement lobulée et comme granulée; couleur rouge, brunâtre, ou violacée; production d'un fluide roussâtre, séreux ou puriforme, ou filandreux, ou de sang noir.

A une époque plus avancée, le cancer est ulcéré, et alors l'examen au spéculum découvre l'état suivant : Souvent sur la base dure qui formait l'engorgement douloureux se montre une ulcération irrégulière, grisâtre, à bords élevés, durs et durcis, laissant suinter un liquide roussâtre, ichoreux, ténu, plus ou moins chargé de sang. Cette ulcération, qui, dans les premiers temps de son apparition, est très petite et siège sur la surface interne d'une des lèvres, fait chaque

jour des progrès, détruit la lèvre attaquée, gagne l'autre, envahit la base du col, et peut s'étendre aux parois du vagin qu'elle détruit plus ou moins profondément, donnant lieu à des lésions dont il sera parlé tout à l'heure.

D'autres fois c'est un ramollissement, une *fonte* du col, dont l'ulcération est la conséquence. On remarque principalement cette marche de l'ulcération dans les cas de cancer mou, auquel on a donné le nom de cancer fongueux, sanguin, hyper-sarcosique, etc. Alors l'ulcération peut faire en peu de temps des progrès très considérables ; les parties atteintes se détachant pour ainsi dire en masse, la destruction du col est rapide, et le corps lui-même peut être promptement attaqué.

Il est une réflexion pratique qu'il importe de faire à propos de l'examen à l'aide du spéculum. Lorsque les lésions ne sont pas très avancées, et surtout lorsqu'elles n'ont pas encore envahi le vagin, cet examen n'a aucun inconvénient, et il est incontestablement utile pour le diagnostic ; mais si une malade se présentait avec destruction du col, et de plus une altération considérable de la paroi recto- ou vésico-vaginale, si surtout ces parois offraient un commencement de destruction le toucher serait suffisant pour le diagnostic, et l'introduction du spéculum difficile et douloureuse, *n'aurait aucun avantage*, car dans ces cas désespérés le traitement direct un peu actif devient inutile. L'introduction du spéculum, dans des cas semblables, n'aurait d'autre intérêt qu'un intérêt de curiosité qui ne peut jamais guider le médecin.

Lorsque le cancer est parvenu à la seconde période, l'*écoulement* prend un nouveau caractère : il devient abondant, ichoreux, et a une odeur forte, pénétrante, particulière. Cette odeur est si repoussante, qu'on est obligé d'isoler les malades et de leur prescrire des injections désinfectantes.

En même temps se développent les symptômes de la *cachexie cancéreuse*. La peau sèche, écailleuse, noirâtre aux extrémités, d'un jaune verdâtre sur tout le corps est terreuse et collée sur les os ; les yeux enfoncés, le nez effilé, les lèvres décolorées, les dents fuligineuses, donnent à la figure un aspect cadavérique ; quelquefois il y a de la bouffissure et de l'œdème aux extrémités, qui gagne les cuisses et le bas-ventre ; des selles colliquatives, et une constipation opiniâtre, des vomissements porracés, des douleurs atroces, non-seulement dans l'organe primitivement affecté, mais encore dans les articulations, dans le périoste et le tissu profond des os ; enfin *fièvre hectique*, les insomnies, des souffrances intolérables, et quelquefois des hémorrhagies abondantes viennent mettre un terme à cette horrible existence.

Il ne faut pas croire cependant que tous ces symptômes se montrent dans tous les cas où le cancer entraîne la mort des malades. Ainsi la coloration noirâtre des extrémités manque assez fréquemment, la couleur du reste du corps peut être seulement jaune très pâle ; les douleurs peuvent être jusqu'à la fin assez tolérables, presque nulles parfois ; mais il est vrai de dire que le cancer de l'utérus, lorsqu'il cause la mort par lui-même, est une des affections chroniques qui donnent lieu, dans les derniers temps, aux symptômes les plus affreux.

D'un autre côté, il survient, par suite de l'extension du cancer à d'autres organes, des symptômes qui méritent d'être signalés. Le cancer de l'utérus peut envahir, comme nous l'avons vu, la paroi vésico-vaginale ; il se propage alors à une plus ou moins grande étendue de la vessie, et de là la *dysurie*, la *strangurie*, parfois *réten-tion d'urine* ; puis, l'ulcération venant à s'emparer de ces parties, il en résu-

me fistule vésico-vaginale par laquelle s'écoule incessamment l'urine. Si cette extension du mal a lieu du côté du rectum, on observe des altérations analogues : dans les premiers temps, il y a de la constipation, puis des alternatives de constipation et de dévoiement, puis ordinairement un dévoiement continu, et enfin *écoulement des matières fécales par le vagin*, lorsque la fistule recto-vaginale est établie. Chez quelques sujets, cette extension du mal se fait de tous les côtés au même temps, et *le vagin est converti en un cloaque infect, où s'écoulent à la fois l'ichor cancéreux, l'urine et les matières fécales*. C'est surtout dans les cas de ce genre que les douleurs deviennent atroces. Les annexes de l'utérus, les ligaments ronds, les trompes et même les ovaires finissent parfois par participer à l'affection cancéreuse : de là l'immobilité de l'utérus, les douleurs que produisent les mouvements qu'on cherche à lui imprimer, les tumeurs des ovaires, etc. Les ganglions lymphatiques sont, en pareil cas, ordinairement cancérés.

Dans les tissus environnants, il se produit parfois des inflammations partielles qui donnent lieu à des signes particuliers. Ainsi *le péritoine peut s'enflammer*, et il y a des douleurs vives dans le bassin ou dans tout l'abdomen, rendant la palpation douloureuse, et s'accompagnant d'un mouvement fébrile plus ou moins marqué. Les péritonites partielles résultent des *adhérences* qui contribuent à rendre plus complète l'immobilité de la matrice. Des abcès peuvent se former dans les ligaments larges; l'inflammation peut, en un mot, envahir tous les organes voisins.

Une autre conséquence de l'extension de la maladie est la *phlegmatia alba* du membre inférieur, qu'il n'est pas très rare d'observer chez les femmes affectées de cancer de l'utérus.

Chez quelques sujets on observe des douleurs occupant les deux nerfs sciatiques, présentant tous les caractères de la *névralgie fémoro-poplitée* double. En pareil cas, le plexus sacré est envahi par la maladie.

Enfin on observe parfois des signes de cancer de plusieurs autres organes, et la diathèse peut être si générale, qu'on a vu des femmes dont presque toutes les parties du corps, sans en excepter le système osseux, présentaient des produits cancéreux.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Ainsi que nous venons de le voir, la *marche* du cancer de l'utérus peut, dans quelques cas, être latente pendant un certain temps. Dans d'autres, elle est très active et la désorganisation fait de grands progrès en s'accompagnant de violents symptômes généraux; mais dans la grande majorité des cas cette affection a une marche chronique et continue. On peut, il est vrai, comme dans toutes les maladies chroniques, observer, à des intervalles variables, une amélioration plus ou moins marquée, soit naturelle, soit obtenue par le traitement, mais cette amélioration est passagère et les progrès du mal ne tardent pas à redevenir manifestes. La *durée* du cancer de l'utérus mérite d'être étudiée avec soin.

Dans les cas de métrite chronique, au bout de trois, six, douze ans, on ne trouve que des lésions médiocrement graves, et un traitement bien dirigé en obtient bien facilement la guérison; lorsqu'il s'agit du cancer, au contraire, dès le premier, le quatrième et le cinquième mois, dans la grande majorité des cas, les lésions sont déjà graves, profondes, et tous les moyens thérapeutiques qu'on em-



plote agissent à peine comme palliatifs. Enfin remarquons que la durée du cancer est calculée sur des cas qui se sont terminés par la mort ; que celle de la métrite chronique résulte, au contraire, d'un relevé de faits dans lesquels la guérison a eu constamment lieu, et que tout, dans la marche de la maladie, portait à penser que si l'on n'avait pas mis un terme au mal par un traitement actif, il se serait perpétué et aurait pu durer encore un grand nombre d'années.

Ces considérations nous paraissent de la plus haute importance. Il est surprenant que les auteurs, et même ceux qui se sont occupés spécialement de ce sujet, n'aient pas fixé leur attention sur ces circonstances capitales pour le diagnostic.

Dans tout ce qui précède on a dû pressentir quelle est notre opinion sur la terminaison de la maladie : la mort en est toujours la conséquence. Dans quelques cas d'opération la maladie a, il est vrai, paru arrêtée pendant quelque temps, et il en est où l'on ne peut pas dire que la guérison ne fût pas complète, parce que les malades ont été emportées, au bout de quelques mois, par une autre affection, ou parce qu'on les a perdues de vue ; mais quelque opinion qu'on se forme à ce sujet, la proposition précédente n'en est pas moins exacte, car il n'est ici question que de la tendance à la guérison par tout autre moyen que l'extirpation du cancer. Cette terminaison inévitable peut être accélérée par les diverses complications indiquées plus haut.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Il est rare qu'on puisse examiner anatomiquement un cancer utérin à sa première période, et avant que la destruction des parties soit assez avancée, surtout du côté du col. Dans les cas convenablement décrits que nous avons eus sous les yeux, l'altération consistait en une induration plus ou moins grande des tissus, avec pâleur, homogénéité des portions tuméfiées, et résistance sous le scalpel. C'étaient, en un mot, les caractères bien connus du squirrhe. Nous savons cependant que dans plusieurs cas le cancer commence au contraire par un ramollissement ; mais nous ne connaissons pas de faits qui nous apprennent quel est l'état anatomique de l'organe en pareille circonstance, ce qui tient sans doute, outre la rareté des autopsies, à la rapidité avec laquelle le cancer s'ulcère en pareil cas.

A une époque plus avancée, les lésions sont bien connues, et c'est à Bayle (1) que nous en devons la meilleure description. Il en reconnaît trois variétés :

« Dans la première, dit-il, la couche fongueuse est fuligineuse ou noirâtre, et les parties qu'elle recouvre sont denses et d'un rouge livide, souvent parcourues, de même que les parties environnantes, par des vaisseaux sanguins plus ou moins développés et gorgés de sang noir. »

Il est fâcheux que cette description ne soit pas un peu plus détaillée. Cette première variété de Bayle se rapporte à ce que les autres auteurs appellent cancer sanguin, fongueux, etc. ; or dans un cas de ce genre que nous avons pu étudier attentivement, nous avons trouvé, après avoir fait macérer pendant quelques heures l'utérus pour le débarrasser du sang dont la surface de la lésion était imbibée, la base dense, et à la réunion de la portion saine et de la portion malade, un tissu morbide d'un blanc mat, dense, homogène, dans lequel on trouvait les principaux caractères du tissu squirrheux, et qui était semblable à ce tissu bleuâtre, brillant et homogène dont nous avons indiqué la constance dans le cancer de l'estomac.

(1) *Journal de médecine, etc.*, par Corvisart, Leroux et Boyer, an XI.

• Dans la *deuxième variété*, ajoute Bayle, la couche fongueuse est griseâtre. Les parties situées au-dessous sont assez denses, totalement privées de vaisseaux sanguins, ternes ou d'un blanc sale, et assez semblables à du lard.

• Dans la *troisième variété*, la couche fongueuse est blanchâtre ou cendrée, les parties qu'elle recouvre sont médiocrement denses, très blanches, totalement privées de vaisseaux sanguins, et tout à fait semblables à du lard; mais en exprimant, dans les endroits ainsi lésés, le tissu de la matrice, on en voit exsuder, par un très grand nombre de points, une matière purulente fort blanche et assez épaisse.

Cette matière exprimée n'est autre chose que la production morbide à laquelle on a donné plus tard le nom de matière *encéphaloïde* infiltrée; il faut aussi ajouter à cette description l'aspect particulier qui se montre assez souvent dans certains cancers, et qui leur a fait donner le nom de masses encéphaloïdes.

Quant à la base des parties ulcérées, elle présente bien évidemment, dans ces deux dernières variétés admises par Bayle, le tissu particulier dont nous parlions plus haut et qu'il est si important d'étudier.

## § VI. — Diagnostic, pronostic.

Les seules affections avec lesquelles on pourrait confondre le cancer de l'utérus sont la *métrite chronique*, la chute de la matrice, un polype de cet organe, et un ulcère simple ou vénérien.

La *métrite chronique*, qui succède parfois à une métrite aiguë, s'annonce par un écoulement muco-purulent, de la pesanteur, un gonflement ordinairement considérable du col et du corps, mais non par une hémorrhagie notable, comme ce lieu dans presque tous les cas de cancer. Le gonflement du col est uniforme, ou s'il est bosselé, c'est d'une manière particulière; dans le cancer, au contraire, le gonflement commence par un point et envahit le reste du col; il est remarquable par des bosselures irrégulières. Pendant un temps illimité, le gonflement de la métrite chronique persiste sans qu'il y ait rien de changé dans l'aspect de la tumeur; au bout d'un temps qui n'est pas ordinairement fort long et qui peut ne pas dépasser six mois, le cancer commence à se ramollir ou à s'ulcérer. L'écoulement dans la métrite chronique, est muco-purulent; dans le cancer, il est d'abord formé d'un liquide ténu, roussâtre ou grisâtre; il présente ensuite une couleur rosée ou sanieuse, et a une odeur forte, pénétrante, particulière, qui ne se remarque pas dans l'écoulement de la métrite. Nous avons vu aussi que, dans la plupart des cas, la muqueuse du col affecté de cancer non ulcéré est pâle, blafarde et lisse. Or, dans la métrite chronique, la muqueuse, participant à l'inflammation, est plus ou moins rouge et ordinairement grenue. Enfin, lorsqu'il s'agit d'un cancer, l'état général est, dans l'immense majorité des cas, promptement détérioré et les signes de la cachexie cancéreuse se manifestent; les exceptions qu'on a citées ne peuvent infirmer cette règle. Dans la métrite chronique, au contraire, on ne voit survenir le dépérissement qu'après de longues souffrances, et encore ce dépérissement n'a-t-il rien de particulier et ressemble-t-il à l'épuisement de toutes les maladies chroniques.

La présence d'un polype dans l'utérus ne peut faire croire à l'existence

cancer que si la production morbide n'est pas appréciable par le toucher. Alors il y a des hémorrhagies abondantes et fréquentes qui jettent les malades dans l'anémie et l'épuisement ; le corps de l'utérus paraît gonflé, il est lourd ; on peut supposer l'existence d'un cancer du corps de l'organe. Mais d'abord il faut remarquer que le cancer de l'utérus, borné au corps de l'organe, est de beaucoup le plus rare, ce qui doit déjà inspirer des doutes. Ensuite, si l'on touche par le rectum, on trouve la matrice uniformément développée sans bosselures ; l'anémie causée par un polype ne ressemble que très imparfaitement à la cachexie cancéreuse ; et enfin on ne remarque pas, dans les matières excrétées, cette odeur particulière signalée plus haut.

La chute de la matrice est presque toujours accompagnée de métrite chronique, et souvent même elle en est le résultat. Pour reconnaître l'inflammation chronique et la distinguer du cancer, on a les signes que nous avons exposés tout à l'heure, et en replaçant l'utérus à l'aide du toucher, on s'assure qu'il n'est pas devenu immobile, comme dans les cas où un cancer a envahi le col, une partie du corps et les parties voisines.

Il est ordinairement difficile de distinguer au premier abord certains *ulcères simples*, et surtout certains *ulcères vénériens*, de l'ulcère qui résulte de la désorganisation de la partie cancrée. Il ne faut pas oublier, quand il s'agit du diagnostic de l'ulcère simple, qu'il est ordinairement peu profond ; que ses bords ne sont ni durs ni élevés ; que la matière qui s'en écoule n'a pas la fétidité particulière de celle que produit l'ulcère cancéreux ; qu'enfin il n'en résulte pas cette débilitation spéciale, cette cachexie cancéreuse dont nous avons maintes fois parlé.

Quant à l'*ulcère vénérien*, c'est surtout d'après les renseignements qu'on doit chercher à le distinguer de l'ulcère cancéreux ; les caractères physiques seraient souvent insuffisants. L'état général, les traces de syphilis dans d'autres parties du corps, ou, d'autre part, l'existence d'un ou de plusieurs cancers dans d'autres organes, ne doivent pas être négligés. Mais souvent on en est réduit à se servir du traitement par le mercure ou l'iodure de potassium comme moyen de diagnostic. La promptitude avec laquelle disparaît l'ulcère vénérien fait bientôt cesser toute incertitude.

#### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

##### 1° Signes distinctifs du cancer de l'utérus non ulcéré et de la métrite chronique.

CANCER NON ULCÉRÉ.	MÉTRITE CHRONIQUE.
Au début, une ou plusieurs <i>métrorrhagies</i> notables.	Au début, pesanteur, écoulement, difficulté des menstrues, mais <i>non métrorrhagie</i> .
Gonflement du col <i>irrégulier</i> ; bosselures <i>inégaies</i> .	Gonflement du col <i>régulier</i> ; <i>rarement</i> bosselures régulières, dues à d'anciennes cicatrices de déchirures.
Couleur <i>blafarde</i> de la muqueuse, qui est lisse et polie dans les cancers non ulcérés.	Dans le plus grand nombre des cas, <i>rougeur</i> et aspect <i>grenu</i> de la muqueuse.
Au bout de peu de temps, <i>ulcération</i> , ou du moins <i>progrès</i> du mal qui gagne d'autres parties.	Le gonflement reste très longtemps <i>stationnaire</i> , ou augmente régulièrement dans les points primitivement envahis ; <i>pas d'ulcère</i> .
Écoulement <i>ichoreux</i> , sanguinolent ; <i>fétidité particulière</i> .	Écoulement <i>muco-purulent</i> , avec l'odeur qu'il présente dans les autres affections utérines.
<i>Cachexie cancéreuse</i> .	<i>Dépérissement</i> qui ne ressemble pas à la cachexie cancéreuse.

**2° Signes distinctifs du cancer ulcéré et de l'ulcère simple, ou de l'ulcère vénérien de la matrice.**

**a. CANCER ULCÉRÉ.**

*Profond* : bords durs et élevés.

Suppuration sanieuse et fétide.

Les parties du col sur lesquelles repose l'ulcère cancéreux sont dures ; parfois, au contraire, ramollies.

Signes généraux du cancer.

**b. CANCER ULCÉRÉ.**

Commémoratifs : Pas de chancre à une époque antérieure.

Pas de traces de syphilis dans les autres parties du corps.

Signes généraux du cancer.

Dans les cas douteux, effets du traitement : l'ulcère cancéreux est peu ou point modifié par le traitement antisyphilitique.

**a. ULCÈRE SIMPLE.**

*Superficiel* ; bords souples et peu élevés.

Suppuration sans caractères particuliers.

Les parties du col sur lesquelles repose l'ulcère simple ont leur consistance normale, et à peu près normale.

Pas de signes généraux du cancer.

**b. ULCÈRE SYPHILITIQUE.**

Commémoratifs : Chancres à une époque antérieure ; surtout chancres indurés.

Parfois traces de syphilis dans une autre partie du corps.

Pas de signes généraux du cancer.

Dans les cas douteux, effets du traitement : l'ulcère vénérien est promptement modifié par le traitement antisyphilitique.

**Pronostic.** — Il résulte de ce que nous avons dit à propos de la maladie, qu'il n'est pas d'affection plus grave que le cancer de l'utérus. Tous les cas où l'on a mis en usage le traitement interne et un traitement local autre que l'extirpation de la partie malade ont été mortels ; car ceux qu'on a cités comme exemples de cancer guéri par ces moyens ne présentent pas les signes caractéristiques de cette affection. Quant à l'opération, a-t-elle de plus grands avantages ? C'est ce que nous discuterons en parlant du traitement. A l'époque où l'amputation du col était en grand honneur, on regardait les cancers bornés à cette partie de l'organe comme infiniment moins graves que ceux qui se sont étendus au corps de l'utérus. Les premiers, seuls, en effet, permettent une opération qu'on croyait alors presque innocente, et à laquelle on attribuait de très nombreux succès. Aujourd'hui qu'une étude plus attentive des faits a prouvé que cette opération est beaucoup plus dangereuse qu'on ne le croyait, et qu'elle n'a pas les avantages qu'on lui attribuait, on ne peut plus partager complètement ces illusions. Il est certain néanmoins que le mal, borné à une partie accessible à nos agents directs, nous offre plus de chance d'en empêcher les progrès et d'adoucir les souffrances de la maladie ; mais cela ne change rien au pronostic définitif. Le danger est seulement, toutes choses égales d'ailleurs, moins imminent. Mais s'ensuit-il qu'on doive regarder le cancer comme à tout jamais incurable, et qu'on ne doive plus chercher les moyens de procurer aux malades une guérison radicale ? Non, sans doute. On doit à ce sujet garder la même réserve que pour les tubercules. Mais il n'y aurait aucun avantage à se faire illusion, et il faut que les praticiens éclairés sachent bien que personne n'a encore cité un seul cas de cancer de l'utérus, même commençant (le diagnostic ne présentant aucun doute), qui ait été guéri par les nombreux traitements, spécifiques ou non, préconisés jusqu'à présent. Le traitement curatif, s'il est possible, est encore à trouver.

## § VII. — Traitement.

Le traitement du cancer, bien que ne pouvant être que palliatif, mérite néanmoins d'être exposé avec quelques détails. Cette affection est si terrible, elle détermine parfois de si atroces douleurs, qu'il est très important de connaître les moyens qui peuvent apporter du soulagement et rendre l'existence supportable.

1° *Traitement de la première période.* — Beaucoup d'auteurs ont regardé comme appartenant à la même maladie l'engorgement dû à l'inflammation chronique et celui qui résulte du cancer ; aussi, dans les descriptions qu'ils nous ont laissées, ont-ils exposé d'une manière générale le traitement de ces affections diverses. Or, ce traitement n'est autre que celui que nous avons exposé dans l'histoire de la métrite interne. Si ce traitement réussit, on dit ou qu'on a guéri un squirrhe, ou du moins qu'on a prévenu un cancer. S'il ne guérit pas, on attribue ce non-succès à l'emploi trop tardif des moyens thérapeutiques. Nous nous bornerons à dire que si ce traitement des engorgements de l'utérus (saignée, émollients, narcotiques, iode, mercuriaux) a des avantages lorsque l'engorgement est cancéreux, c'est comme palliatif ; et quant à l'application de ces divers moyens, elle est réglée d'après les symptômes observés et l'état général.

Ainsi la saignée, les sangsues, les ventouses scarifiées, sont prescrites dans les cas où les signes d'engorgement sanguin, des troubles de la menstruation, un état pléthorique, viennent se joindre aux signes locaux du cancer.

Dans les mêmes circonstances, et lorsque l'utérus offre une sensibilité exaltée, on a recours aux émollients, aux bains, aux injections narcotiques, etc., comme dans la métrite chronique. Le régime, le repos, complètent ce traitement, qui doit être plus actif lorsqu'une inflammation des parties voisines du mal vient à se manifester.

Les vomitifs et les purgatifs ne sont utiles que pour combattre, dans quelques circonstances, les symptômes de l'embarras gastrique, ou pour entretenir la liberté du ventre, ce qui est souvent nécessaire.

Les narcotiques à l'intérieur sont opposés aux douleurs vives qui causent fréquemment l'insomnie ; mais c'est surtout dans le traitement de la deuxième période que ces moyens sont de la plus grande utilité.

La ciguë a joui d'une grande réputation contre les divers cancers. On n'a pas manqué de l'administrer dans les cas de cancer de l'utérus ; mais, comme pour la même maladie ayant son siège dans d'autres organes, les cas de guérison sont trop douteux pour qu'on regarde cette substance comme ayant plus d'efficacité que les palliatifs ordinaires. Il faut augmenter graduellement la dose de ce médicament. Ainsi on prescrira de 5 à 30, 40 centigrammes d'extrait, que les malades supportent très bien, pourvu que la progression ne soit pas trop brusque. On doit néanmoins, dans cette administration, surveiller l'état des malades et s'arrêter s'il paraît quelques troubles fonctionnels qu'on puisse attribuer au médicament.

Les remèdes auxquels on a donné les noms de *résolutifs*, *fondants*, *désobstruants*, sont également mis en usage ; les plus importants sont les mercuriaux, l'iode, les préparations d'or.

Enfin on a recours aux *révulsifs* et aux *dérivatifs*, dans les cas où l'on voit apparaître un certain degré d'irritation.

On comprendra facilement pourquoi nous insistons si peu sur ces moyens, qui n'ont d'autre effet que de combattre des symptômes ; cependant ces symptômes secondaires, s'ils ne sont pas combattus à propos, peuvent ajouter à la gravité de la maladie et en accélérer la marche.

**2<sup>e</sup> Traitement de la deuxième période.**—On doit d'abord, dans cette période, insister fortement sur les moyens qui viennent d'être indiqués. L'emploi des *narcotiques* est surtout indispensable, parce que c'est alors principalement que les douleurs sont vives et parfois intolérables. L'*opium*, les *sels de morphine* sont d'un très grand secours. On doit élever progressivement les doses sans crainte de produire le narcotisme, mais toutefois en veillant à ce qu'il ne soit pas poussé trop loin. On a pu ainsi faire prendre jusqu'à 30, 40 centigrammes d'*opium*, et plus encore, sans en observer de fâcheux résultats. L'emploi des *sels de morphine* par la *méthode endermique* a de très heureux effets. Les *injections narcotiques* sont aussi très utiles. On prescrit une injection avec une infusion de morelle à laquelle on ajoute 1, 2 ou 3 grammes de *laudanum*. Mais c'en est assez sur ces médicaments connus de tout le monde.

[On peut aussi employer comme anesthésiques locaux l'*acide carbonique* et le *chloroforme*, en mettant en usage les procédés que nous avons indiqués à l'article *héménorrhée* (1).]

En même temps on a recours à des moyens plus directs, qui sont les *moyens chirurgicaux*, et d'abord la *cautérisation*. Dans le plus grand nombre des cas, la cautérisation légère avec le *nitrate d'argent* est tout à fait insuffisante. La cautérisation avec les *acides* a l'inconvénient d'être difficilement bornée. Reste la cautérisation avec les caustiques solides et le fer rouge.

**Cautérisation.**— Parmi les caustiques solides, il n'en est pas qui soient plus faciles à employer que le *caustique de Vienne solidifié* d'après le procédé de M. Filbos. On le met principalement en usage dans les cas où il existe un ulcère mordide. Il faut renouveler l'application jusqu'à ce que l'on ait atteint les limites du mal, et souvent ainsi on est arrivé à détruire presque entièrement le col de l'utérus.

M. Jobert emploie de préférence le *cautère actuel*. Il introduit un *spéculum d'ivoire plein* pour protéger les parties ; puis, à l'aide d'un cautère terminé en bouton et rougi à blanc, il touche la partie malade. Par ce moyen, il est parvenu à arrêter les hémorrhagies causées par les fongosités, et à détruire les parties cancéreuses sans causer aucune douleur, ce qui était prévu, car ce chirurgien a démontré anatomiquement que le col de l'utérus est privé de nerfs. D'autres médecins se servent pour ces cautérisations du spéculum plein ordinaire, sans avoir observé aucun accident.

Quelle est la valeur réelle de ces cautérisations ? Il n'est aucun fait authentique qui prouve qu'elles aient procuré la guérison complète du cancer confirmé. Mais en détruisant les parties malades, elles peuvent arrêter pendant un temps plus ou moins long les progrès du mal ; elles font cesser les douleurs vives, elles suppri-

(1) Tome V, p. 79.



ment ou diminuent l'écoulement fétide, et, à ces divers titres, elles doivent être recommandées. C'est au médecin à voir si le mal est encore suffisamment borné pour qu'elles aient quelque chance de succès.

Il est encore, contre l'écoulement fétide, un moyen qui ne doit pas être négligé : il consiste dans les *injections désinfectantes*, et principalement dans les *injections chlorurées*. Les malades doivent, du reste, être tenues dans le plus parfait état de propreté.

*Opérations.* — Il y a quelques années, les opérations pratiquées pour enlever soit le col de l'utérus, soit l'utérus tout entier, étaient pour ainsi dire à la mode, et occupaient une grande place dans le traitement chirurgical des affections utérines. Aujourd'hui on n'entend plus parler de ces opérations, et les chirurgiens qui les ont le plus prônées sont de la plus grande prudence sur ce point. C'est que l'expérience nous a appris combien elles sont dangereuses et combien leurs bons effets sont hypothétiques.

Les relevés exacts des faits ont démontré : 1° que l'amputation du col de l'utérus est beaucoup plus dangereuse qu'on ne l'avait dit ; 2° que les femmes qui avaient été regardées comme guéries après cette amputation ont succombé presque toutes peu de temps après ; 3° que celles qui ont survécu avaient été opérées pour une affection autre que le cancer, et qui aurait très bien été guérie par les moyens ordinaires ; 4° que l'*extirpation de la matrice* est, dans la grande majorité des cas, une opération très promptement mortelle ; 5° que dans le petit nombre de cas où cette extirpation n'a pas entraîné la mort, les femmes n'ont eu que quelques mois d'une vie misérable, de telle sorte qu'on doit presque déplorer la demi-réussite de ces cas qui a motivé tant d'opérations mortelles. Il résulte de tout cela qu'un médecin prudent doit s'abstenir de ces opérations.

#### ARTICLE XIV.

##### PHYSOMÉTRIE.

La *physométrie* consiste dans une accumulation plus ou moins considérable de gaz dans la matrice ; on lui a donné quelquefois les noms de *grossesse ventreuse* et de *tympanite utérine*.

Parmi les *causes* de cette affection, les principales se trouvent dans certaines circonstances de la gestation ou de l'accouchement. Ainsi un fœtus mort dans la matrice venant à se putréfier, il se dégage des gaz fétides qui distendent l'organe. Le même effet peut être produit par une *môle* et par le séjour d'un *fragment du placenta* dans la cavité utérine. Après l'accouchement, un caillot venant à s'opposer à l'écoulement des lochies, il y a décomposition du liquide et physométrie. Dans l'état de vacuité, l'occlusion de l'utérus par un *polype*, par l'*adhésion des lèvres du col*, et même, suivant quelques auteurs, par un *pessaire* ou par tout autre tampon, peut retenir des liquides qui dégagent des gaz et causent la tympanite utérine. Enfin on a vu des cas où cette tympanite s'est manifestée chez des femmes *hystériques*, sans qu'il y eût aucun obstacle au col. Mauriceau, Delamotte, Baudelocque, Franck (1), Duparcque, Lisfranc, etc., ont cité des exemples de ces diverses espèces.

(1) *Traité de médecine pratique*. Paris, 1842, t. II, p. 20.

*Symptômes.* — La tympanite utérine se manifeste ordinairement avec une grande rapidité. Les symptômes sont un peu différents, suivant qu'il n'y a que des gaz accumulés dans la matrice, que la tympanite est sèche, ou suivant qu'il y a des gaz et des liquides. Dans le premier cas, on n'observe pas de douleur considérable; il y a un sentiment de plénitude dans le bassin et dans l'abdomen, et la pression sur la tumeur développe un peu de sensibilité.

La tumeur est globuleuse; elle s'élève parfois jusqu'à l'ombilic et au-dessus, mais ordinairement elle ne dépasse pas le volume de l'utérus au troisième ou quatrième mois de la grossesse. Par la palpation, on sent sa partie supérieure arrondie, rénitente, et l'on suit cette rénitence jusqu'au pubis.

La percussion est très utile en pareil cas. Par elle on obtient un son tympanique dans une étendue dont la ligne supérieure est une limite courbe à convexité supérieure correspondant au fond de l'utérus.

Par le toucher vaginal, on recherche si le col, qui est assez élevé, ne présente pas d'altération, et l'on reconnaît l'existence de l'obstacle qui empêche les gaz de s'échapper. Par le toucher rectal, on sent le corps dilaté, globuleux et élastique. Par ces deux moyens, on reconnaît, en cherchant à soulever l'utérus, qu'il a une pesanteur spécifique beaucoup moindre qu'à l'état normal, et que son poids n'est nullement en rapport avec son volume.

Sauf la gêne que fait nécessairement éprouver l'augmentation de volume de l'utérus, et en particulier la dyspnée, les femmes affectées de tympanite utérine sèche n'éprouvent quelquefois aucune incommodité. Chez quelques-unes, au contraire, il survient du dégoût des aliments, des appétits bizarres, des vomissements; et comme la physométrie coïncide ordinairement avec la suppression des règles, il en résulte que les femmes, en pareil cas, se croient grosses, et que, la tympanite faisant des progrès, elles suivent pendant deux, trois et même cinq ou six mois les progrès de leur grossesse, jusqu'à ce que l'expulsion des gaz vienne faire connaître la nature de la tumeur.

Lorsque le développement des gaz est très rapide, il peut en résulter du malaise, et même un mouvement fébrile assez notable; mais ces symptômes généraux se montrent bien plus fréquemment dans les cas où il y a à la fois accumulation de gaz et de liquide.

Souvent le développement de gaz, après s'être produit rapidement, continue à se faire d'une manière plus lente, sans qu'il y ait aucune expulsion de ce produit morbide. Dans quelques cas, au contraire, il y a, à des intervalles variables, expulsion bruyante de gaz par le vagin, et les malades se sentent soulagées jusqu'à ce qu'une nouvelle quantité de gaz soit venue remplacer celle qui a été expulsée. Dans d'autres circonstances, l'utérus se vide rapidement, avec explosion, pour se remplir de nouveau de fluides gazeux. C'est ce qu'on observe principalement chez les femmes hystériques. Dans les cas de tympanite utérine sèche, les gaz qui s'échappent sont presque toujours inodores.

Lorsque avec l'accumulation de gaz il y a accumulation d'une certaine quantité de liquide, la douleur peut être beaucoup plus vive, parce que l'utérus est plus ou moins violemment irrité. Lisfranc a cité un cas où la douleur s'irradiait dans l'abdomen, les lombes et les cuisses. C'est surtout alors que les femmes peuvent croire

à une grossesse franche ; nous avons vu, en effet, qu'en pareil cas il y a dans l'utérus une *môle*, ou même un *fœtus mort et décomposé*.

S'il s'échappe une certaine quantité de gaz, on en remarque la *fétidité* extrême, et parfois aussi il sort en même temps une petite quantité de liquide brunâtre également très fétide. Deneux et Chomel ont constaté que ces gaz sont inflammables.

La *percussion* et la *palpation* donnent les mêmes signes que dans le cas précédent ; mais on en obtient un nouveau en faisant exécuter à la malade des mouvements brusques. On entend, en effet, un *glouglou*, un *gargouillement*, qui indiquent le déplacement du liquide dans un fluide gazeux.

Il n'est pas rare, dans cette espèce de tympanite utérine, de voir se manifester un *mouvement fébrile* assez intense ; il était très notable dans le cas cité par Littré.

Lorsque cette tympanite se produit après l'accouchement, le développement du gaz est ordinairement très rapide, et les parois de l'utérus étant très flasques, il en résulte une tumeur très considérable. Le *toucher vaginal* fait souvent, en pareil cas, reconnaître la présence d'un caillot qui oblitère le col.

La *marche* de la maladie est ordinairement rapide dans les premiers temps. Plus tard l'accumulation de gaz se fait avec lenteur, ou bien la maladie reste stationnaire. On voit des cas où les gaz s'accumulant peu à peu, la matrice se développe comme dans la grossesse, et c'est dans ces cas qu'ont eu lieu les erreurs qui ont tout fait préparer pour l'accouchement.

La *durée* de cette affection est très variable. Parfois l'accumulation se fait en quelques heures et l'expulsion suit de près ; d'autres fois la tympanite utérine dure plusieurs mois, et même jusqu'aux dernières limites de la grossesse. On n'a pu citer de cas de *terminaison* fâcheuse.

Le *diagnostic* de la tympanite utérine ne présente pas de difficultés sérieuses, surtout lorsque l'affection s'est développée rapidement. Néanmoins on a cité un assez grand nombre de cas où l'on a cru à l'existence d'une grossesse ; mais l'erreur de diagnostic a été rarement commise par le médecin, et lorsqu'il en a été ainsi, c'est que l'examen a été trop superficiel.

La *physométrie*, dans l'état de vacuité, se distingue de la *grossesse*, de l'*hydrométrie*, de l'*engorgement du corps de l'utérus*, par le son tympanique qu'elle donne à la percussion. Ce caractère est suffisant.

Mais dans un bon nombre de cas il y a eu grossesse véritable ; il s'agit alors de déterminer si la tympanite, qui est le résultat de la mort et de la décomposition du fœtus, existe réellement. Le son tympanique est encore un signe d'une grande utilité ; on peut aussi produire le bruit d'un liquide se mouvant dans des gaz, en imprimant des secousses brusques à la malade ; le fœtus a cessé de faire des mouvements, et enfin il est survenu les symptômes généraux décrits plus haut. Les mêmes caractères, sauf l'abolition des mouvements du fœtus, servent à faire reconnaître la tympanite, qui se montre dans un cas de *môle utérine*.

Après l'accouchement, la tympanite utérine se produit ordinairement avec beaucoup de rapidité. Le son tympanique est encore ici le meilleur moyen de distinguer la maladie de tout autre développement de l'utérus, et principalement de l'*hémorrhagie interne* qui peut se développer dans les mêmes circonstances.

**Traitement.** — Le traitement de la physométrie est fort simple. S'agit-il d'une de ces *tympanites utérines sèches* qui surviennent chez les femmes hystériques, on administre à l'intérieur les *antispasmodiques*, et principalement le *camphre* et *her.* On prescrit des *bains*; des *injections émollientes, narcotiques*; des *fumigations* vers le vagin; des onctions sur le col avec l'*extrait de belladone*; et enfin la *pression méthodique* sur la tumeur, pour aider l'utérus à expulser les gaz qui distendent.

Il n'est pas rare de voir la maladie résister pendant assez longtemps à ces moyens, mais tout à coup l'utérus se débarrasser lui-même en peu d'instant de tous les gaz qu'il contenait.

Lorsqu'il existe à l'orifice du col un corps étranger qui s'oppose à la sortie des gaz et du liquide enfermés dans l'utérus, l'indication est toute simple : on extirpe le *polype*, on extrait le *caillot*, on enlève le pessaire, etc.

Si il y a dans l'utérus un *fœtus mort*, une *môle décomposée*, un *fragment de placenta*, il faut chercher à les extraire. Dans les deux premiers cas, on peut pratiquer la *dilatation artificielle du col*, et l'on donne en même temps des *toniques* surtout du *seigle ergoté* (de 2 à 4 grammes) pour vaincre l'inertie de l'utérus. Lorsque c'est le placenta qui est resté dans l'utérus, on peut en favoriser l'expulsion par des injections avec de l'eau froide ou chargée d'une substance légèrement irritante dans l'intérieur de l'utérus. Mais il faut être très réservé sur ce moyen, ne l'employer que dans les cas où il survient des symptômes graves. Quelques auteurs ont posé en principe que ces injections doivent être faites, dans tous les cas, immédiatement après l'expulsion des gaz et du liquide. Mais les vives inflammations de l'utérus qu'elles ont causées ont engagé les praticiens prudents à y renoncer. Après l'expulsion des gaz, on établit une *compression méthodique* de l'abdomen, dans le but d'empêcher la matrice de se distendre de nouveau.

Enfin, si, par une circonstance quelconque, on voyait survenir une inflammation de l'utérus, il faudrait lui opposer le traitement indiqué à l'article *Métrite aiguë*.

## ARTICLE XV.

### HYDROMÉTRIE.

L'hydrométrie est une maladie fort rare, comme la précédente, et sur laquelle est également inutile de s'étendre longuement.

On donne le nom d'*hydrométrie* à toute collection de liquide retenue dans la cavité utérine hors de l'état de grossesse, et même à la surabondance du liquide amniotique chez les femmes grosses; mais ces dénominations sont impropres. Des collections de mucosités, de pus, de sang altéré, ne sauraient être regardées comme des hydroses, et la surabondance du liquide amniotique doit être considérée à part sous le nom d'*hydramnios* que lui donne Dugès. Nous ne devons nous occuper dans cet article que de l'hydrométrie dans l'état de vacuité de l'utérus.

**Causes.** — On sait très peu de chose sur les causes de l'hydrométrie. On a bien parlé de la *débilité de la constitution*, de la *ménorrhagie*, etc., etc., mais on ne saurait attacher aucune importance aux opinions des auteurs à ce sujet. Ce qui résulte de plus positif du petit nombre d'observations passables que nous possédons,

c'est que pour que l'hydrométrie se produise, il faut *d'une part*, une certaine irritation des parois de l'utérus, *occasionnée* soit par une *maladie organique* (cancer, ulcérations), soit par une *violence extérieure* (coups, chutes), ou bien développée *spontanément* ; et, *d'autre part*, l'occlusion du col de l'utérus par du mucus épais, concret, par une *cicatrice* qui a rétréci l'ouverture, par une *adhérence des lèvres*, par une *antéflexion* suivant Kiwisch. Or, comme ce concours de circonstances doit nécessairement se montrer rarement, nous comprenons pourquoi l'hydrométrie est elle-même si rare.

[ Nous avons vu que dans la *métrite interne* la cavité utérine est agrandie; or M. Aran attribue ce résultat à la rétention des liquides sécrétés dans l'utérus dont l'écoulement est empêché par le rétrécissement de l'orifice supérieur de la cavité cervicale. Il faut donc ajouter cette cause aux précédentes. ]

*Symptômes.* — L'hydrométrie se forme presque toujours avec lenteur, et détermine peu ou point de douleur. Les malades se plaignent seulement d'un sentiment de plénitude et de *pesanteur* considérable dans le bassin et vers le siège; il y a aussi quelques *tiraillements* vers les lombes et les aines.

On trouve à l'hypogastre une *tumeur* d'autant plus volumineuse en général, s'élevant d'autant plus haut, que l'affection est plus ancienne. Cette tumeur présente la même forme que celle de la physométrie; mais elle donne un son mat à la *percussion*, et le son clair de l'intestin qui se fait entendre autour d'elle sert à reconnaître le siège de l'affection. Il n'est pas toujours très facile de produire la *fluctuation*, surtout lorsque l'utérus est altéré. Dans quelques cas, au contraire, ce signe est aisément obtenu.

Par le *toucher vaginal*, on s'assure que le col est remonté dans le bassin, et que le corps de l'utérus est distendu et *lourd*. Par le *toucher rectal*, on constate encore mieux l'existence de ces deux derniers signes.

Lorsque l'hydrométrie est simple, sans lésions de l'utérus, on n'observe pas de symptômes généraux. Dans le cas contraire, c'est à ces lésions plus ou moins graves qu'il faut attribuer ces symptômes.

La *marche* de la maladie est ordinairement continue. Cependant, et le docteur Browne en a rapporté un exemple cité par Itard (1) et par madame Boivin et Dugès (2), la maladie consistait dans des rétentions et des évacuations *alternatives* d'abondantes sérosités.

La *durée* est variable; elle est ordinairement assez longue. Elle peut égaler celle de la grossesse et la surpasser, ce qui a donné lieu maintes fois à des erreurs semblables à celles que nous avons signalées à propos de la *physométrie*.

La *terminaison* est favorable lorsqu'il s'agit de l'hydrométrie simple. Parfois, tout à coup, soit dans le repos et par le simple effet des contractions de l'utérus, soit dans un mouvement brusque, surtout pour se baisser, le liquide accumulé s'échappe par flots; et toute trace de la maladie disparaît. Parfois aussi on a vu des douleurs croissantes expulsives, semblables à celles de l'accouchement, précéder l'évacuation du liquide, ce qui a contribué à maintenir jusqu'à la fin les malades dans l'erreur. Lorsqu'il existe une lésion organique dont l'hydrométrie n'est

(1) *Dictionnaire des sciences médicales.*

(2) *Traité des maladies de l'utérus.* Paris, 1833, t. 1, p. 237.

une conséquence, on ne saurait attribuer à celle-ci une grande part dans la terminaison fatale.

Le liquide évacué est séreux ou muco-séreux, incolore ou blanchâtre et inodore, lorsqu'il s'agit d'une hydrométrie simple. Lorsqu'il y a une lésion plus ou moins grave, on trouve soit du pus, soit une sanie fétide, etc., suivant les cas.

**Diagnostic.** — La matité de la tumeur empêche de la confondre avec celle qui résulte de la *physométrie*. On ne saurait confondre l'hydrométrie avec une *ascite*, puisque dans celle-ci le niveau du liquide reconnu par la percussion suit une ligne courbe à concavité supérieure, que les flancs et les fosses iliaques présentent un mat, et qu'en faisant varier la position de la malade, on change le niveau du liquide.

La longue durée de l'affection, l'état normal de la sécrétion et de l'excrétion de l'urine, et comme dernière épreuve, le cathétérisme, suffisent pour faire distinguer l'hydrométrie de la *rétenction d'urine*.

D'après ce que nous avons dit plus haut, le *pronostic* ne peut être fâcheux que dans les cas où il existe une affection organique de l'utérus ; mais cette gravité du pronostic étant indépendante de l'hydrométrie elle-même, il serait inutile de s'y arrêter.

**Traitement.** — Le traitement de cette maladie n'a pas été établi sur des bases solides. Les auteurs ont, sous ce rapport, confondu dans leur description ce qu'il faut faire dans des cas fort divers ; aussi leurs articles sont-ils pleins de vague et d'incertitude.

Le plus souvent, l'hydropisie simple de la matrice se termine favorablement par l'évacuation spontanée du liquide. On a conseillé, pour favoriser cette évacuation, ramollir le col par des injections, des bains, etc. ; mais a-t-on réussi par ce moyen ?

L'expulsion du liquide ayant ordinairement lieu dans un effort, dans un mouvement brusque, dans l'action de se baisser, etc., on a conseillé (Monro, Astruc) des *sternutatoires*, les *vomitifs*, les *violents purgatifs* : mais il n'est pas démontré par l'expérience que ces moyens aient les avantages qu'on leur a supposés, et qu'ils pourraient avoir des inconvénients faciles à concevoir.

Si l'on s'agit d'une constriction du col de l'utérus, on doit recourir aux *narcotiques*, et principalement à la *belladone* en frictions sur le col et sur l'hypogastre.

Si l'ouverture du col de l'utérus est obstruée, on cherche à enlever l'obstacle par le doigt, à l'aide d'un stylet, d'une sonde ; par des injections portées jusque dans l'ouverture du museau de tanche. On a quelquefois réussi de cette manière à rendre libre le canal et à procurer l'évacuation du liquide. Après cette évacuation, il faut veiller à ce qu'un nouvel obstacle ne se forme pas.

Si c'était un polype qui empêchât le liquide de s'échapper, il faudrait l'extirper, mais s'il y avait contre-indication à cette opération, introduire une sonde plate enfoncée dans le col et les parois utérines jusque dans la collection séreuse.

Si il y a simple étroitesse du col, on peut le dilater en y introduisant un petit morceau d'éponge préparée, ou une sonde de caoutchouc armée d'un mandrin qu'on pénètre avec précaution.

Enfin si il y a occlusion complète du col, par adhésion de ses lèvres et si l'hydrométrie cause des accidents graves, on a recours à la ponction. Wirer fait



succès la ponction *hypogastrique*, à l'aide de laquelle il fit l'extraction de plus de 26 kilogrammes d'un liquide épais, noirâtre et sanguinolent. D'autres auteurs ont proposé la ponction du col au fond du vagin ; mais on n'a pas bien établi l'utilité de cette opération, et M. Cruveilhier a cité un fait dans lequel cette ponction a été suivie de mort.

Lorsque, par un des moyens précédents, on a évacué le liquide, il faut établir sur l'abdomen une compression qui s'oppose à ce que la collection se reproduise. On insiste en même temps sur les injections et les bains. Parfois on est forcé d'introduire chaque jour la sonde dans le col, jusqu'à guérison complète, et quelques médecins proposent même de laisser une sonde à demeure, tandis que d'autres craignent, en agissant ainsi, de produire une irritation fâcheuse de l'utérus.

## ARTICLE XVI.

### RUPTURE DE L'UTÉRUS.

La rupture de l'utérus ne s'opère presque jamais que pendant l'accouchement ; c'est donc principalement aux traités d'*obstétrique* qu'il faut demander de grands détails sur ce redoutable accident.

*Causes.* — S'il existe des vices de conformation du bassin qui s'opposent énergiquement et longtemps à la sortie du fœtus, les femmes sont exposées à la rupture de l'organe ; il en est de même si l'utérus est aminci par une trop grande quantité d'eau qui le distend, par plusieurs fœtus, etc. Dans certaines circonstances, il survient une inflammation avec ramollissement d'une plus ou moins grande étendue des parois utérines, et la partie ramollie cède dans une contraction de l'organe ; d'autres fois l'utérus est altéré, désorganisé par une lésion chronique profonde ; il suffit, en un mot, que par une cause quelconque les parois de l'utérus offrent un point faible, pour que dans ce point l'organe cède à la pression du fœtus qui passe dans la cavité péritonéale.

Dans l'état de vacuité il faut qu'il y ait préalablement distension de l'utérus par un liquide ; on en a cité trois exemples : dans deux, la matrice était distendue par une collection sanguine.

Une violence extérieure a quelquefois produit le même effet que les contractions utérines dont nous venons de parler ; cette cause peut agir dans l'état de vacuité aussi bien que dans l'état de grossesse. Il suffit, pour qu'elle produise la rupture, que l'utérus soit considérablement distendu soit par un corps solide, soit surtout par un liquide.

*Symptômes.* — Les symptômes de cette rupture sont ceux que nous avons plusieurs fois décrits à propos des déchirures des divers organes creux, avec passage dans le péritoine du liquide qu'ils contenaient. Il y a néanmoins quelques modifications qui dépendent, et des circonstances dans lesquelles se produit l'accident, et de l'étendue de la solution de continuité qui s'est opérée dans la matrice.

La rupture est-elle survenue pendant l'accouchement, elle peut être trop étendue pour permettre le passage du fœtus dans l'abdomen, ou au contraire avoir permis ce passage. Dans le premier cas, il y a quelque chose de semblable

ous avons observé dans les *ruptures de la rate*. D'abord une *douleur vive, iété extrême*, une *sensation de chaleur* qui se répand dans l'abdomen; diminution de la douleur, et apparition de syncopes, d'horripilations, d'une froideur; en un mot, des symptômes d'une hémorrhagie interne qui emporte la vie sans laisser de traces d'inflammation dans le péritoine. Si néanmoins l'hémorrhagie n'est pas très abondante, la péritonite peut survenir et causer finalement la mort, avec les souffrances et les autres symptômes qui lui sont

la péritonite suraiguë survient presque constamment *dans le deuxième cas*, lorsque le fœtus a passé dans la cavité péritonéale. Une *douleur déchirante* accompagnée quelquefois d'un *bruit de craquement* perçu par la malade, *venue tout à coup*, annonce l'accident. Puis apparaissent les phénomènes d'hémorrhagie interne et de péritonite, et la femme peut être enlevée en peu de jours.

On a cité néanmoins un certain nombre de cas de guérison. Si la rupture est partielle ou incomplète, l'hémorrhagie peut parfois être arrêtée; la péritonite est beaucoup plus facilement prévenue que dans les cas où un liquide âcre et irritant est versé dans le péritoine, et la malade se rétablit après des souffrances moins longues.

Une terminaison heureuse a été observée même dans des cas où l'œuf avait passé dans la cavité péritonéale. Les premiers accidents s'étant calmés, on observe les symptômes d'une grossesse extra-utérine; il se forme un kyste, et la malade peut vivre ainsi de longues années. On a même, dans quelques cas rares, vu les kystes se rompre dans l'intestin et même au dehors, et la maladie se terminer ainsi d'une manière favorable.

La rupture qui a lieu *dans l'état de vacuité* est, chose singulière au premier abord, plus grave que celle qui se produit dans la grossesse; du moins les cas de guérison qui ont été cités se sont tous terminés par la mort. Cela tient, selon toutes les probabilités, à ce que le liquide qui s'est épanché dans le péritoine, ayant des propriétés irritantes analogues à celles du liquide versé par les perforations intestinales, a produit plus facilement la *péritonite suraiguë* si fréquemment mortelle.

*Conséquences.* — On trouve, après la mort, l'utérus divisé irrégulièrement dans une direction très variable. Les bords de la division sont lacérés, ordinairement noyés, infiltrés de sang, couverts de matière purulente lorsque la femme a survécu quelque temps, ramollis ordinairement, ou présentant les altérations propres à la gangrène, au cancer, etc. Dans le péritoine on trouve un épanchement de sang extrêmement considérable, et ordinairement une partie de l'eau de l'amnios échappée. Des traces d'inflammation péritonéale (suppuration, fausses membranes) existent aussi lorsque la malade n'a pas été emportée très rapidement.

*Diagnostic.* — Si la déchirure est incomplète, on en soupçonne l'existence à l'apparition subite des douleurs et à l'état de vive anxiété de la malade; mais ces symptômes ne peuvent fournir une certitude complète. Si l'hémorrhagie est très considérable, les résultats de la percussion, joints aux symptômes propres à l'hémorrhagie interne, viendront éclairer le médecin.

Que la rupture est complète, il y a encore une distinction à faire: ou bien le fœtus ou de la matrice a passé dans le péritoine, ou bien il ne s'est épanché que dans la cavité utérine.

qu'une petite quantité de liquide, le fœtus et ses annexes restant dans utérine. Dans ce dernier cas, le diagnostic est tout aussi peu certain ceux où la rupture est incomplète, et c'est surtout sur l'apparition subite de dents qu'il faut fixer son attention.

*Lorsque le fœtus a passé dans la cavité utérine*, le diagnostic n'est plus le même. La région hypogastrique s'affaisse, et l'on trouve au contraire dans l'abdomen une tumeur qu'à sa forme on reconnaît pour être le fœtus. En pareil cas, l'exploration rectale peut être utile.

L'affaissement de la région hypogastrique et la matité qui existe dans le bas-ventre, servent, avec les symptômes décrits plus haut, à faire reconnaître le liquide de l'utérus dans le péritoine par suite de la rupture de cet organe pendant l'état de grossesse.

Le pronostic doit être considéré comme excessivement grave, et les pronostics favorables cités plus haut ne sont que d'heureuses exceptions.

*Traitement.* — Le traitement, lorsqu'il s'agit d'une rupture incomplète, doit commencer par arrêter une hémorrhagie intense, doit être d'abord celui qu'on oppose à ces hémorrhagies abondantes (repos, froid, etc.) ; puis il importe de hâter l'issue du fœtus ; enfin il faut combattre les symptômes de péritonite dès qu'ils se manifestent.

Les mêmes moyens doivent être dirigés contre la rupture complète, si le fœtus soit resté dans la cavité utérine, soit qu'il ait passé dans le péritoine. Dans ce dernier cas présente quelques particularités qu'il importe de signaler. *Si la rupture est incomplète, le fœtus est-il dans la cavité péritonéale est-il incomplet*, voici comme on doit agir, suivant M. P. Dubois (1) : « Le forceps, si la tête est restée dans l'utérus et n'est pas trop élevée ; l'extraction par les pieds, si c'est l'extrémité pelvienne qui se présente, ou si la tête, se présentant, n'est pas accessible au forceps. Si le fœtus est dans la cavité péritonéale, il ne faudrait pas craindre d'aller le chercher à travers la crevasse, pourvu qu'on procédât avec beaucoup de prudence et de précaution dans cette manœuvre, et dût-on, pour pénétrer plus facilement, faire une incision de la paroi de l'utérus par un débridement ménagé. » *Si le fœtus a-t-il passé en totalité dans la cavité péritonéale*, cette circonstance « n'exclurait pas tout à fait, dit-il, l'introduction de la main par la solution de continuité ; mais il faudrait que la plaie fût large, que l'organe ne fût que très incomplètement rétracté. Les lésions du col offrent seules les conditions favorables ; celles du corps sont, au contraire, en rapport, bien différentes, et si le fœtus était complètement tombé dans le péritoine, mort ou vivant, il devrait être, d'après ce que nous avons dit plus haut, retiré par l'opération de la gastrotomie. »

## ARTICLE XVII.

### NÉURALGIE DE L'UTÉRUS. — HYSTÉRALGIE.

Rien n'est plus vague que ce que les auteurs ont décrit sous le nom de *néuralgie utérine*, *hystéralgie*, *métralgie*, *utéralgie*. On les voit, en effet, ranger sous ces noms les douleurs dues à une congestion sanguine, à une ulcération, à une autre lésion quelconque, aussi bien que celles qui se montrent sans qu'on puisse attribuer l'attention puisse faire reconnaître une altération de l'organe. Il est vrai

(1) *Dictionnaire de médecine*, art. UTERUS (rupture), t. XXX, p. 329.

quelques cas ils font remarquer que la violence des douleurs n'est pas en rapport avec la lésion, et que leur forme est celle des douleurs névralgiques ; mais ce n'est pas à résoudre la question. Bien plus, dans les cas mêmes où aucune lésion de l'utérus ne pouvait rendre compte des symptômes douloureux, on n'a pas recherché si le mal avait sa source ailleurs que dans l'organe lui-même, dans les nerfs lombaires, par exemple. Or, depuis que notre attention est fixée sur les *névralgies*, nous avons observé maintes fois de vives douleurs utérines sans altération appréciable de l'organe ; mais aussi, en pareil cas, on trouve vers les lombes, le long de la crête iliaque et dans l'hypogastre, des points douloureux qui font voir que ces douleurs utérines faisaient simplement partie d'une *névralgie lombo-abdominale*.

Il est néanmoins permis d'admettre que la névralgie peut être bornée à l'utérus. Dans toutes les névralgies, en effet, on trouve des exemples d'une pareille limitation du siège de la maladie. Ainsi, dans la névralgie cervico-brachiale, la maladie peut être bornée à la partie du nerf cubital ou du nerf radial qui occupe l'avant-bras ; on a vu des névralgies n'occupant qu'un nerf plantaire ; mais ces cas ne doivent pas être considérés autrement que comme de simples variétés de la névralgie qui envahit ordinairement une étendue beaucoup plus considérable du nerf.

Ainsi donc, d'une part, dans un bon nombre de cas, on a considéré, comme *névralgie*, des douleurs qui pouvaient bien suivre le trajet des nerfs, mais qui, produites par une lésion évidente, ne doivent pas être regardées comme des affections purement nerveuses, ce que le nom de *névralgie* porterait à croire ; et, de l'autre, lorsqu'il y a des douleurs purement nerveuses, on peut les rattacher à une des névralgies que nous avons étudiées.

Cette maladie, jusqu'à présent presque complètement méconnue et qu'on prenait ordinairement pour une métrite, une dysménorrhée, etc., commence à être beaucoup mieux connue depuis que nous l'avons signalée et que nous en avons fait connaître les véritables caractères (1). C'est d'elle que se sont occupés M. Malgaigne (2), M. Beau (3) et M. Marrotte (4), qui ont apporté de nouvelles lumières dans son histoire. C'est contre elle aussi qu'ont été dirigés plusieurs traitements particuliers, tels que les cautères, les vésicatoires sur les lombes, la cautérisation de cette région au fer rouge, et même l'introduction du cautère rouge à blanc à la profondeur de 4 ou 5 centimètres, opérée avec succès par Jobert, de Lamballe (5).

L'existence de l'hystéralgie n'est plus contestable aujourd'hui ; il reste seulement des points obscurs dans son histoire. Chomel (6) considérait comme très communes les douleurs utérines sans lésions. Scanzoni, au contraire, regarde la névralgie utérine comme rare et dit n'en avoir observé que trois exemples. Becquerel dit qu'elle se développe à propos des affections utérines les plus diverses, mais, selon la remarque de M. Nonat, il se pourrait que cet auteur eût

(1) *Traité des névralgies*, et *Bulletin général de thérapeutique*, janvier 1847.

(2) *Revue médico-chirurgicale*, 1848.

(3) *Les névralgies lombo-abdominales considérées comme symptômes des affections de l'utérus*, par M. Axenfeld (*Union méd.*, avril 1850).

(4) *De quelques épiphénomènes des névralgies lombo-sacrées pouvant simuler des affections morbides de l'utérus* (*Arch. gén. de méd.*, avril et mai 1860).

(5) *Gazette des hôpitaux*, juin 1853.

(6) *Dictionnaire en 30 vol.*, art. *UTÉRUS*.

confondu avec l'hystéralgie toutes les douleurs inflammatoires des métrites. M. Aran (1) ne paraît pas attacher une grande importance aux douleurs névralgiques, car il ne les indique que sommairement.

M. Nonat, au contraire, y insiste avec raison, et nous donnons ici une courte analyse du chapitre qu'il consacre à l'hystéralgie (2).

Cet auteur distingue d'abord l'hystéralgie en *primitive* et *secondaire*, en *idiopathique* et *symptomatique*. L'hystéralgie primitive est celle dans laquelle la douleur nerveuse débute par l'utérus pour se propager de là dans différentes régions du corps; l'hystéralgie secondaire est celle qui se montre consécutivement à une névralgie développée sur un autre point de l'organisme; les expressions de primitive et secondaire ne sont donc pas synonymes des mots idiopathique et symptomatique, termes dont la valeur est bien connue. Comme on le voit, M. Nonat accepte et associe les opinions divergentes de Valleix et de M. Bassereau (3). Pour le premier toute névralgie utérine avait son point de départ à la périphérie, c'est-à-dire dans une névralgie lombo-abdominale; le point douloureux de l'utérus était un des centres ou aboutissants de cette névrose. Pour M. Bassereau, c'est l'inverse qui aurait lieu: «Je n'ai trouvé, dit cet auteur, parmi les cas que j'ai observés, qu'un seul appareil organique dont l'état morbide me paraisse pouvoir être regardé comme le point de départ évident de la névralgie intercostale; je veux parler de l'utérus et de ses annexes.» Il nous paraît sage d'adopter l'une et l'autre opinion.

L'hystéralgie *idiopathique* survient quelquefois, selon MM. Malgaigne et Nonat, chez des jeunes filles vierges de seize à vingt ans; mais le plus ordinairement chez des femmes ayant eu des rapports sexuels, et pendant toute la période génitale les causes occasionnelles sont dans ces cas des circonstances d'excitation directe comme l'onanisme, les abus de coït, les désirs trop longtemps contenus, ou les excitations indirectes, telles que l'équitation, le cahot d'une voiture, le frottement des appartements, etc. L'hystéralgie *symptomatique* se développe à propos de toutes les altérations matérielles de l'utérus et de ses annexes. M. Nonat reconnaît comme causes principales la métrite interne et le phlegmon péri-utérin.

L'affection névralgique qui nous occupe se caractérise, selon M. Nonat: 1° par une douleur sourde, gravative, qui est habituellement continue, ou qui, du moins, persiste pendant un long temps; 2° par une douleur assez vive, aiguë, rapide, intermittente, et présentant des caractères variables, tantôt térébrante, tantôt ponctive, mais le plus souvent lancinante: les malades la comparent à une morsure, à un déchirement, à un élancement violent, à un coup d'éclair, etc. Ces deux formes de douleur existent tantôt isolément, tantôt simultanément; d'autres fois elles se montrent d'une manière alternative. Ces douleurs sont générales ou partielles; et il existe très ordinairement un point douloureux au côté gauche du col (Malgaigne); nous avons eu l'occasion de constater la réalité et la fréquence de ce fait, que cependant M. Nonat ne croit pas constant.

Les douleurs aiguës éclatent à l'occasion des causes les plus diverses et souvent à des heures presque fixes. Elles amènent une turgescence sanguine caractérisée

(1) *Loc. cit.*, voyez pages 143, 145 et 146.

(2) *Loc. cit.*, p. 393.

(3) *Essai sur la névralgie intercostale, considérée comme symptomatique de quelques affections viscérales*, thèse. Paris, 1840, in-4°.

par la chaleur du vagin, une sécrétion muqueuse abondante, et des modifications notables dans les règles (1). Des irradiations douloureuses ont lieu vers les aines, les lombes; et, ainsi que l'a indiqué M. Bassereau, on observe souvent des névralgies faciales, cervico-brachiales et surtout intercostales. Ici nous rappellerons la divergence d'opinions de Valleix et de M. Bassereau : ce dernier attribue à l'hystéralgie les névralgies périphériques, tandis que le premier considère l'hystéralgie comme l'aboutissant des névralgies en question.

Nous n'avons rien à dire de la marche de l'hystéralgie, parce qu'elle diffère peu de celle des névralgies en général; mais nous devons faire remarquer qu'elle persiste souvent après la guérison de l'affection dont elle est le symptôme, et que dans ce cas elle demande un traitement particulier.

Dans le traitement on doit avoir égard à la cause de l'affection. Si elle est symptomatique, les moyens les plus efficaces pour la faire disparaître sont ceux qui guérissent la maladie primitive. Si elle est idiopathique, elle réclame des moyens particuliers; nous n'avons à mentionner que ces derniers, applicables aussi aux cas où l'hystéralgie symptomatique persiste après la guérison de la maladie principale.

Il ne faut pas beaucoup compter sur les topiques appliqués à quelque distance du mal, comme sur l'hypogastre; cependant ils peuvent soulager. Ces topiques sont : les cataplasmes émollients, simples ou laudanisés, les onctions avec les pommades opiacées, belladonnées, etc., les frictions avec des pommades à l'éther ou au chloroforme, les vésicatoires simples ou morphinés, les bains de siège, les lavements, etc.

Les topiques directs sont préférables : tels sont les injections narcotiques, les injections médicamenteuses dont nous avons déjà parlé, les injections d'acide carbonique ou de vapeur de chloroforme (2), les vésicatoires appliqués sur le col de l'utérus, ou enfin la pâte médicamenteuse proposée par M. Aran (3). Voici comment procède ce praticien : « Le col mis à nu, je verse la quantité voulue de liquide (laudanum, teinture d'iode, solution d'alun, de sulfate de zinc, de tannin, eau blanche, vin rouge) dans le spéculum, et si la substance n'est pas susceptible d'entrer en combinaison avec l'amidon, j'en jette de 4 à 10 grammes en poudre dans le fond du spéculum. En quelques instants la substance est absorbée, et il ne reste plus qu'à retirer l'instrument. Si le médicament peut se combiner avec l'amidon, je fais choix d'une autre poudre inerte, celle de lycopode, par exemple. » Comme on connaît peu le mode d'application des vésicatoires sur le col de l'utérus, nous donnerons ici quelques détails sur ce sujet, d'après M. Aran. Le col utérin étant mis à découvert, on absterge les mucosités ou le sang, et l'on applique sur le col, avec de longues pinces, une rondelle d'emplâtre vésicatoire de la largeur du col. Après divers essais, M. Aran est revenu à l'usage de l'emplâtre

(1) M. Marrotte a publié sur ce sujet un mémoire du plus grand intérêt, dans lequel il montre que ces épiphénomènes des névralgies lombo-utérines sont de nature à induire en erreur, en faisant croire à l'existence d'une affection idiopathique de l'utérus. Il nous est impossible d'analyser ce travail, que nous engageons le praticien à consulter dans les *Archives générales de médecine* (avril et mai 1860).

(2) Voyez article *Dysmenorrhée*, t. V, p. 79.

(3) *Leçons cliniques*, page 225.



vésicatoire du Codex, qui est plus adhérent que les toiles et les solutions vésicantes. On étale la rondelle avec soin, en appuyant sur les anfractuosités et les saillies qui pourraient empêcher une application exacte; dans certains cas même, on se trouve bien de fendre la rondelle en plusieurs points sur les bords, pour avoir une coaptation plus parfaite. Une grosse boulette de charpie, liée dans son milieu avec un fil double un peu long, sèche, ou mieux encore trempée par l'une de ses extrémités dans le collodion ordinaire, est portée jusque sur l'emplâtre et soutenue par deux ou trois bourdonnets de charpie sèche; puis, maintenant le tout en place avec les pinces, on retire le spéculum. Le vésicatoire est laissé en place vingt-quatre ou quarante-huit heures, suivant les circonstances, et la malade doit garder le repos.

L'application du vésicatoire, dit M. Aran, n'est pas douloureuse; le collodion seul détermine un peu de cuisson passagère. Quatre ou six heures après, il se produit une sensation de picotement et de chaleur, suivie d'un écoulement séreux abondant qui rappelle par tous ses caractères l'exsudation du vésicatoire, roussissant comme elle et empesant le linge de la même manière. Les douleurs cessent, l'écoulement continue en devenant quelquefois purulent. Une simple traction exercée sur le fil demeuré à l'extérieur suffit pour enlever le vésicatoire; quelquefois il convient d'employer le spéculum. Des injections ou un pansement avec pâte laudanisée sont nécessaires; dans quelques cas il convient de soutenir l'action irritante du vésicatoire par des pansements avec la teinture d'iode.

L'application du vésicatoire sur le col utérin ne détermine pas la formation de phlyctènes ou bulles, si ce n'est dans des cas très rares, à cause de la minceur de l'adhérence de l'épithélium; cette membranule est seulement épaissie, froncée, opaque au niveau du vésicatoire, et sur les limites du point d'application on remarque une rougeur en forme d'anneau.

Enfin, après l'application des vésicatoires, il reste pendant deux ou trois jours un écoulement purulent; l'épithélium se détache et est remplacé par une membrane fine; ou, si l'application a eu lieu sur des érosions, l'ulcération reste longtemps d'un rouge vif.

Après M. Aran, M. Robert Johns a proposé de remplacer le vésicatoire par la solution suivante, dont on applique plusieurs couches, avec un pinceau, sur la partie vaginale du col.

℥ Solution éthérée saturée de cantharides.....	2 parties.
Solution de gutta-percha dans le chloroforme.....	1 —

M. Aran n'a pas pu obtenir de résultats par l'emploi de cette solution qui se compose par le mélange.

M. Malgaigne (1) a proposé l'*incision du col utérin*, opération qu'il considère comme une sorte de spécifique de la névralgie utérine. M. Nonat dit n'avoir jamais obtenu par ce mode de traitement qu'un soulagement momentané. Enfin le dernier auteur, après avoir parlé de l'*électrisation*, propose surtout la *cautérisation transcurrente superficielle*, non pas sur le col utérin, mais sur l'hypogastre, les lombes, et enfin sur tous les points où se montrent les irradiations névralgiques. Nous renvoyons pour l'indication de ce procédé à l'article *métrite interne* (p. 152).

(1) *Revue médico-chirurgicale*, 1848.

## CHAPITRE IV.

## DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

Nous n'avions que des données encore incertaines sur divers points de l'histoire des déviations utérines, lorsque M. Simpson à Édimbourg, Kiwisch à Prague, et plusieurs médecins à Paris, sont venus en faire un des sujets qui offrent le plus d'intérêt au praticien.

Comment s'est-il fait que les recherches entreprises il y a vingt-cinq ans sur les maladies de l'utérus ont laissé presque généralement de côté les déviations utérines, et que quelques médecins isolés s'en occupaient seuls ? Par deux causes principales qui sont : 1° l'usage presque exclusif du spéculum ; 2° l'inutilité de presque tous les moyens de traitement qu'on dirigeait contre ces affections.

Lorsque le spéculum fut si heureusement remis en usage par Récamier, on s'occupait tout spécialement des lésions qu'il faisait apercevoir, et bien qu'il puisse faire connaître que l'utérus est dévié, on ne pouvait en tirer aucun parti sous ce rapport, parce qu'on ne l'employait pas comme il convient. On cherchait, en effet, à voir le col par tous les moyens, au lieu de chercher à voir comment il se présentait naturellement au spéculum. Dès lors, les déviations devaient être méconnues : si les connaissait-on mieux lorsqu'on n'employait encore que le toucher, et l'étude, dans ces derniers temps, a-t-elle fait particulièrement des progrès entre les mains de ceux qui, comme Kiwisch et M. Simpson, ont mis en usage et le toucher et le cathétérisme utérin.

Quant au découragement que faisait généralement éprouver l'extrême difficulté de les guérir, ainsi que l'inutilité de l'immense majorité des moyens thérapeutiques employés, on le trouve partout, et M. Velpeau l'a exprimé par des mots significatifs rapportés par M. Grimaud (1) : « *Les déviations utérines ne guérissent pas et n'occasionnent pas la mort.* » Or, il est peu surprenant que l'étude d'affections gardées comme incurables ait été presque abandonnée malgré leur fréquence, la longue série des symptômes sérieux qu'elles occasionnent, l'état souvent insupportable dans lequel elles maintiennent les femmes, et l'embarras extrême dans lequel elles placent si souvent le praticien.

Ces causes ont cessé d'exister. Les moyens d'exploration sont devenus précis et complets ; des guérisons remarquables ont été obtenues, et nous pouvons donner l'histoire détaillée des déviations utérines.

ARTICLE I<sup>er</sup>.

## DÉVIATIONS UTÉRINES EN GÉNÉRAL.

Il n'est pas bien certain qu'Hippocrate (2) ait connu les déviations utérines, car les passages dans lesquels on a cru reconnaître ces maladies laissent beaucoup de

(1) Thèse. Paris, 1851.

(2) Voy. *Œuvres d'Hippocrate*, trad. par Littré, t. VII, De la nature de la femme ; t. VIII, maladies des femmes.

doutes. Aétius (1) a, au contraire, bien désigné ces maladies et même a recommandé l'usage du *tampon rectal* pour les guérir. Quant à Ambroise Paré (2), il les a indiquées d'une manière très vague, les attribuant aux prétendues migrations de l'organe dans l'abdomen. Plus tard, Morgagni (3) a cité un cas de renversement déterminé, suivant lui, par l'engorgement du foie et de la rate. Levret (4), bien qu'il se soit occupé spécialement des déviations utérines chez les femmes enceintes, n'a cependant pas méconnu celles qui surviennent dans l'état de vacuité, puisqu'il a signalé la rétroversion chez les vierges.

[Selon M. Cusco (5), Walter-Wall, éclairé par les observations de Grégoire (de Paris) aurait recueilli en 1754 un fait de rétroversion pendant la grossesse. Ce cas, communiqué à William Hunter, aurait provoqué des recherches multipliées de la part de cet auteur et de celle de Linn, Hooper, Bird, Garthshore (1777). Ce n'est que dix ans plus tard que Frédérick Jahn (6) reproduisit les remarques de W. Hunter. « Le premier ouvrage qui paraît traiter positivement de l'inflexion de l'utérus, dit M. Cusco, est un petit mémoire de Saxtorph, publié en 1775; son titre est : *De ischuria ex utero reflexo*; mais il est facile de voir qu'il y a confusion de langage et qu'il s'agit encore d'une simple rétroversion.... J'arrive à Wltczek (Ignatius): *De utero reflexo morbo gravidis perniciosissimo*, et cette fois le titre de l'ouvrage est d'accord avec le sujet. »

Après plusieurs autres citations historiques plus intéressantes pour le bibliophile que pour le praticien, M. Cusco fait observer que la véritable connaissance des déviations utérines ne fût bien établie en France que depuis les communications faites à l'Académie de chirurgie, par Chopart, qui les tenait de Hunter, bien que la première notion fût venue de France trente ans auparavant. Et le même auteur ajoute « qu'il s'est passé, à la fin de cette période, un fait assez analogue à celui qui l'a commencée. Il y a une quinzaine d'années, M. Velpeau imagina le cathétérisme et le redresseur intra-utérins. Cette idée doublement féconde, au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique, n'a point eu de succès jusqu'ici; mais passée entre les mains de Kiwisch, entre celles de Simpson, elle se mûrit, prit un corps, et revint, dix ans après, étayée de noms puissants, de faits nombreux, se soumettre à notre jugement. Remercions M. Huguier et Valleix de ne pas l'avoir laissée tomber encore une fois, et de nous avoir fourni les moyens d'en apprécier la valeur pas nous-mêmes. » ]

MM. Martin, de Lyon (7), et Bazin (8) ne se sont occupés que de la rétroversion, et il faut arriver à M. Ameline (9) pour trouver un auteur qui se soit occupé de l'antéversion d'une manière particulière. M. Lacroix (10) a résumé assez exac-

(1) *Tetrilogia*, cap. 77.

(2) *Œuvres complètes*, édit. Malgaigne. Paris, 1841, t. II, p. 752.

(3) *De caus. et sed. morb.*, epist. XLVI, 16.

(4) *Journal de médecine de Vandermonde*, 1773.

(5) *De l'antéflexion et de la rétroflexion de l'utérus*, thèse pour l'agrégation, Paris, 1853.

(6) *De utero retroverso*. Iéna, 1787.

(7) *Mémoire sur la rétroversion*.

(8) *De la rétroversion*, 1827.

(9) *Essai sur l'antéversion de l'utérus*, thèse. Paris, 1827, n° 55.

(10) *Annales de la chirurgie française et étrangère*. Paris, 1845, t. XIII, p. 420 et suiv.

ement l'état de la science sur la rétroversion. Madame Boivin et Dugès (1) ont fourni des observations intéressantes sur les déviations utérines, et M. Hervez de Chégoin (2) a publié un mémoire important sur ce sujet.

Jusque-là on n'avait que les moyens d'exploration ordinaires, et nous avons vu que peu de médecins les mettaient en usage depuis qu'on se servait du spéculum. Il semble résulter d'un passage de Kiwisch (3) qu'il a le premier insisté sur l'idée d'employer la sonde utérine, imaginée par M. Velpeau, et à laquelle M. Huguier a donné le nom d'*hystéromètre*. Cet auteur, dont les études sur les affections utérines ont une très grande valeur, dit en effet, « Il est étonnant que personne ne se soit encore (la 1<sup>re</sup> édition de Kiwisch est de 1845) servi de ce *moyen indispensable* d'exploration ; seul le professeur Simpson, d'Edimbourg, comme il résulte d'un article du *London and Edinburgh monthly Journal*, août 1843, a commencé à se servir d'une sonde semblable à la mienne et en a obtenu les mêmes résultats. » Ce qu'il y a de certain, c'est que Kiwisch est un des premiers qui aient étudié les déviations utérines et les aient traitées d'une manière toute particulière.

M. Simpson (4) a publié sur ce sujet des mémoires importants et qui ont particulièrement fixé l'attention en France, où les écrits anglais sont plus connus que les allemands. Aussi est-ce après leur publication que le traitement des déviations utérines par le redressement complet s'est répandu rapidement.

Vient ensuite une longue liste d'auteurs qui prouve tout l'intérêt que ce sujet a inspiré dans ces derniers temps. Nous citerons MM. Velpeau, P. Dubois, Hervez de Chégoin, Huguier, Malgaigne, Robert, Récamier, Amussat, Jobert (5), etc., qui tous ont observé ces maladies et ont pris une grande part à la discussion qui a eu lieu à l'Académie à ce sujet.

En Allemagne, après Kiwisch, les déviations utérines n'ont pas été négligées. Nous voyons les docteurs Rokitansky et Virchow (6) nous donner de très bonnes notions sur l'anatomie pathologique de ces affections ; ce dernier et le docteur Mayer (7) éclairer plusieurs points de leur histoire ; les docteurs Sommer (8) et Reinhard (9) se livrer à des recherches intéressantes sur ce sujet, de telle sorte que les documents nous arrivent de tous côtés.

En Angleterre et en Amérique les travaux se multiplient également. Je citerai MM. Protheroe Smith (10), Beattie (11), Rigby (12), Samuel Edwards (13),

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833.

(2) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1833, t. II, p. 319.

(3) *Des maladies utérines*, 3<sup>e</sup> édit. Prague, 1851.

(4) *Contributions to the pathol. and treat. of the uterus* (*London and Edinb. monthly Journ.*, t. III). — *Sur la fréquence, le diagnostic, et le traitem. de la rétroflexion ou rétroversion de l'utérus dans l'état de vacuité* (*Dublin quarterly Journ.*, t. V).

(5) *Discussion à l'Académie* (*Bulletins de l'Académie de médecine*, Paris, 1849, t. XV, p. 58 à 421).

(6) *Des flexions de l'utérus*. — Voy. *Schmidt's Jahrbücher*, Jahrgang, 1851, par le docteur Sichel.

(7) *Ibid.*

(8) Giessen, 1850.

(9) Voy. Sichel, in *Schmidt's Jahrbücher* (loc. cit.).

(10) *Obstetric. Record*.

(11) *Dublin quart Journ.*, 1847.

(12) *Medic. Times*, 1849.

(13) *Provinc. med. and. surg. Journ.*, juin 1849.

Cumming (1), Bond (2), Mac Cready (3), et nous pourrions multiplier ces citations.

Enfin, en France, ces dernières années ont été marquées par plusieurs publications du même genre. Ainsi nous trouvons le mémoire de M. Baud (4), qui a donné lieu à la discussion de l'Académie de médecine en 1849 ; la thèse de M. Dufraigne (5), celles de M. Grimaud (6) et de M. Piachat (7), qui ont traité diverses parties du sujet.

[Les recherches de MM. Boulard (8) et Verneuil (9) viennent ensuite jeter un jour nouveau sur l'étiologie des inflexions utérines. La thèse de M. Cusco (10) établit des distinctions étiologiques remarquables entre les déviations et les flexions, et nous lui emprunterons plusieurs faits. Valleix (11) lui-même a fait diverses publications sur ce sujet important, et M. Michon en a fait l'objet de leçons cliniques publiées par son interne, M. Zambaco (12). Enfin, on trouve de nouveaux renseignements du plus haut intérêt dans les nombreux travaux modernes sur les maladies de l'utérus, tels que ceux de MM. Scanzoni, Becquerel, Nonat, Aran, Huguier, Dunal (13), Bernutz et Gotpil (14).]

Il est de toute évidence qu'un sujet qui a fixé à ce point l'attention des médecins les plus compétents de notre époque a une grande importance, et l'abondance des documents que nous avons pu recueillir nous promet un progrès réel dans l'histoire de ces affections si fréquentes, si douloureuses ordinairement, et de si longue durée.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence, divisions.

Il y a *déviatio*n de l'utérus, avons-nous dit dans nos leçons cliniques, toutes les fois que l'axe de cet organe ne correspond plus, en tout ou en partie, à celui du détroit supérieur du bassin.

Les déviations utérines ont reçu les noms de *renversement*, *déplacement*, *renversement transversal* (Levret); *antéversion* et *rétroversion* (Desgranges); *delapsus*, *reclinatio* (rétroversion), *pronatio uteri* (antéversion), Moeller; *antéflexion* (Ame-line) et *rétroflexion*; *latéversion*, *latéroflexion*, etc., suivant l'espèce de déviation qu'on voulait désigner.

(1) *Edinburgh monthly Journ.*, 1849.

(2) *Americ. Journ. of medic. sciences*, 1849.

(3) *Americ. Transact.*, 1849.

(4) *Déviatio*n et engorgement de l'utérus, moyen nouveau pour les guérir (*Bulletin de l'Académie*, t. XV, p. 58).

(5) *De la rétroflexion* thèse. Paris, 1851.

(6) *De l'antéversion de la matrice*, thèse. Paris, 1852.

(7) *Des déviations de l'utérus à l'état de vacuité*, thèse. Paris, 1852.

(8) Thèse Paris, 1853.

(9) *Mémoires de la Société de chirurgie*.

(10) Thèse pour l'agrégation. Paris, 1853.

(11) Voy. *Bulletin général de thérapeutique*, 1851 et 1852. -- *Journal de médecine de Toulouse*, 1851 : Leçon faite à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, recueillie et rédigée par M. le docteur Gaussail. Des déviations utérines (leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié, recueillies et rédigées par M. Gallard, *Union médicale*, 1852).

(12) *Moniteur des hôpitaux*, 1853.

(13) *Études médico-chirurgicales sur les déviations utérines* Paris, 1860. Ce mémoire reproduit en partie les opinions de M. Cusco.

(14) *Clinique médicale sur les maladies des femmes* (sous presse).

Bien souvent ces maladies sont désignées sous le nom vulgaire de *descente de matrice*, parce que, dans les déviations, l'utérus est plus ou moins abaissé ; mais ce nom est impropre ici, et ne doit s'appliquer qu'aux cas où, en conservant sa direction normale, l'organe se porte plus ou moins bas vers l'orifice du vagin, ou même le dépasse, auquel cas il y a véritable *prolapsus*.

Tous les médecins qui s'occupent des maladies de l'utérus savent que les déviations sont des maladies très fréquentes ; mais on n'est pas d'accord sur la fréquence relative des diverses espèces. Kiwisch et le docteur Mayer ont trouvé plus de déviations en arrière qu'en avant ; d'autres ont vu les déviations en avant plus fréquentes. C'est un point qui ne pourra être résolu que par des recherches très multipliées, parce que tantôt on observe une longue série d'une certaine espèce, tandis que, plus tard, on ne voit guère qu'une espèce différente.

A l'époque où nous avons fait nos leçons cliniques, nous avons trouvé 35 déviations en avant et 33 en arrière : à peu près le même nombre. Depuis lors, nous avons vu un grand nombre de ces cas, mais les notes ne nous ayant pas été toutes remises, nous n'avons pu en réunir que 49, dont 28 déviations en avant et 20 en arrière. Ce qui nous donne, en réunissant les deux séries, 63 déviations en avant et 54 en arrière. Ces dernières seraient donc un peu moins fréquentes ; mais ce sont des recherches qu'il faut encore poursuivre.

Nous avons divisé les espèces de déviations en trois groupes distincts qui sont les suivants :

#### I<sup>er</sup> GROUPE. — Déviations en avant :

- 1<sup>o</sup> Antéversion simple ;
- 2<sup>o</sup> Antéflexion ;
- 3<sup>o</sup> Variétés qui consistent dans une antéversion avec flexuosités diverses.

#### II<sup>e</sup> GROUPE. — Déviations en arrière :

- 1<sup>o</sup> Rétroversion simple ;
- 2<sup>o</sup> Rétroflexion ;
- 3<sup>o</sup> Variétés qui consistent dans une rétroversion avec flexuosités diverses.

#### III<sup>e</sup> GROUPE. — Déviations latérales :

- 1<sup>o</sup> Latéroversión ;
- 2<sup>o</sup> Latéroflexion.

Il est important de fixer la valeur de ces dénominations, afin que dans le diagnostic il n'y ait pas de malentendu, et qu'on ne regarde pas comme des erreurs de fait ce qui ne serait que des erreurs de mots. Pour distinguer les diverses déviations, il faut toujours avoir égard à la direction du corps de l'utérus. Ainsi il y a antéversion ou déviation en avant, lorsque le corps est incliné *en avant*, tandis que le col s'élève en arrière vers la concavité du sacrum. Dans la rétroversion, le corps est couché *en arrière* sur le rectum et dans la concavité du sacrum ; le col est dirigé en avant. C'est encore d'après la direction du corps qu'on désigne la flexion. Ainsi il y a antéflexion, quand le corps est porté *en avant*, quelle que soit la direction du col, et rétroflexion quand le corps est porté *en arrière*, en formant un angle avec le col. Les mêmes remarques s'appliquent aux latéroversions et aux latéroflexions.



Suivant M. Simpson, il n'y a pas d'utilité réelle à étudier séparément les versions et les flexions. Assurément, le grand point est de distinguer la direction générale de l'utérus ; mais nous pensons que M. Simpson est allé trop loin. On verra, en effet, que les flexions exigent, dans le traitement, certaines manœuvres particulières ; qu'elles offrent des difficultés de diagnostic qui leur sont propres, et qu'enfin il y a dans leurs symptômes quelques nuances qui ne sont pas sans importance. C'en est assez pour les décrire séparément.

[ M. Nonat (1) a donné un tableau plus détaillé que nous reproduisons ici, bien qu'à notre sens, il soit trop complet pour la pratique :

A. — LÉSIONS MÉCANIQUES SIMPLES.

Lésions de situation ou DÉPLACEMENTS.	{	Suivant l'axe vertical :	en haut.....	Ascension.
			en bas.....	Prolapsus.
	{	Suivant l'axe transversal :	en avant....	Pas de noms particuliers.
			en arrière... sur les côtés.	
Lésions de direction ou DÉVIATIONS.	{	Suivant l'axe du bassin :	en avant.....	Antéversion.
			en arrière.....	Rétroversion.
	{		sur les côtés { à droite.	Latéroversion { droite.
			à gauche.	
	{	Suivant l'axe de l'utérus :	en avant.....	Antéflexion.
			en arrière.....	Rétroflexion.
	{		sur les côtés { à droite.	Latéroflexion { droite.
			à gauche.	

B. — LÉSIONS MÉCANIQUES COMPOSÉES OU COMPLEXES.

Combinaisons des déplacements avec	{	les versions.....	pas de noms particuliers.
	{	les flexions.....	
Combinaisons des versions avec les flexions, et vice versa.	{	1° De l'antéversion avec...	a. l'antéflexion.. Pas de nom particulier, on donne celui de la lésion qui domine.
			b. la rétroflexion. Anté-rétroflexion.
	{	2° De la rétroversion avec..	c. la latéroflexion Anté-latéroflexion.
			a. l'antéflexion.. Retro-antéflexion.
	{	3° De la latéroversion avec.	b. la rétroflexion. Pas de nom particulier.
			c. la latéroflexion Rétro-latéroflexion.
Combinaisons des versions entre elles.	{	1° De l'antéversion avec la latéroversion.....	Anté-latéroversion.
		2° De la rétroversion avec la latéroversion.....	Rétro-latéroflexion.
Combinaisons des flexions entre elles.	{	1° De l'antéflexion du corps avec la rétroflexion du col.....	Anté - rétro - antéflexion.
		2° De la rétroflexion du corps avec l'antéflexion du col.....	Rétro - anté - rétroflexion.

(1) Loc. cit., p. 414.

Nous ne donnons ce tableau que pour montrer jusqu'à quel point peut aller l'esprit de minutieuse analyse, utile peut-être au point de vue purement anatomique, non à celui de la médecine pratique.

A notre sens, et selon les principes posés par M. Cusco, il n'y a qu'une division essentiellement utile, celle des *versions* et des *flexions*. Là est toute la pathologie des déplacements; elle est subordonnée à l'étiologie, à la symptomatologie, et elle commande la thérapeutique.

L'utérus sain et à l'état de vacuité ne paraît pas pouvoir subir de *flexions*, la rigidité de son tissu s'y oppose; mais sous l'influence de la pression des organes environnants, il peut être déplacé ou il subit un mouvement de bascule sur l'un quelconque de ses axes; c'est alors que surviennent les *versions*. Dans ces cas le corps et le col de l'organe conservent leurs rapports respectifs et leur axe commun demeure rectiligne, mais l'organe en totalité a perdu ses rapports normaux avec ses axes correspondants du bassin.

Que si, au contraire, les parois utérines ont perdu leur fermeté, comme à la suite d'un accouchement, d'une métrite, le corps peut s'incliner sur le col, se plier en avant, en arrière, ou latéralement, et alors ont lieu les *flexions* proprement dites. Ces flexions sont aidées, sans doute, par la pression des viscères abdominaux, mais leur cause primitive réside dans l'altération des parois utérines.

Cette distinction, formellement établie par M. Cusco, nous paraît de la plus grande justesse et elle devrait faire considérer les déviations et les flexions comme deux états pathologiques absolument étrangers l'un à l'autre. En effet, les flexions auraient leur point de départ dans les parois utérines elles-mêmes, tandis que les déviations reconnaîtraient des causes étrangères à l'utérus lui-même, et l'on comprend combien la thérapeutique aurait à gagner à une semblable distinction.]

## § II. — Causes.

[Avant d'étudier l'étiologie proprement dite, il nous semble utile de donner un rapide aperçu de la situation, des dimensions et du développement de l'utérus, afin de faire comprendre plus facilement le mode de production des déviations.

*Considérations générales sur l'anatomie et le développement de l'utérus* (1). — Placé au centre de la cavité pelvienne, entre la vessie et le rectum, l'utérus est profondément caché et inaccessible à l'exploration au-dessus du pubis. Il n'est pas fixé d'une manière invariable et il peut éprouver divers déplacements, soit par des causes directes, soit par l'action des organes voisins. Sa partie supérieure ou péritonéale, composée du corps et de la partie sus-vaginale du col, et sa partie inférieure ou portion sous-vaginale du col, sont libres; et l'organe n'est véritablement fixé et maintenu en place que par sa partie moyenne, à l'aide d'une série d'attaches qui aboutissent à peu près à la réunion du corps et du col. Là, en effet, il est fixé d'abord par l'insertion de l'extrémité supérieure du vagin, et ensuite par une adhérence intime, étendue de 4 à 15 millimètres, à la paroi postérieure et inférieure de la vessie. En arrière,

(1) M. Aran a présenté des remarques pleines d'intérêt sur la situation, les moyens de fixité et la mobilité de l'utérus, en un mot sur ce qu'il nomme la *statique* de ce viscère, dans ses *Leçons cliniques* et dans un mémoire publié dans les *Archives de médecine* (1858, t. V, p. 139 et 310).

les deux ligaments *utéro-sacrés*, partant de la partie postérieure du col au niveau de la jonction du corps et allant aboutir aux bords latéraux du sacrum, fixent l'utérus dans ce sens. En avant, les ligaments ronds, prolongements de la substance utérine, attachent l'organe à la paroi abdominale. Enfin les ligaments larges pourraient être considérés comme des moyens de fixité, s'ils n'étaient pas lâches et flottants. Nous pensons que le péritoine lui-même doit être considéré comme agent suspenseur accessoire, car l'organe ne saurait être fortement déplacé sans produire la tension de cette membrane à l'endroit où elle abandonne le col et se réfléchit sur les parties voisines; il est vrai que ces attaches péritonéales sont lâches, excepté en arrière, où elles forment au-dessus des ligaments utéro-sacrés des replis sailants, nommés *ligaments de Douglas*. De tous ces moyens de fixité les plus réellement utiles sont l'adhérence au vagin et à la vessie, et les ligaments utéro-sacrés. Comme toutes ces parties saisissent, en quelque sorte, l'organe utérin dans un même plan circulaire et à peu près horizontal, il en résulte une sorte de plancher que l'organe semble traverser de part en part. « C'est ce point commun, dit M. Aran, qui constitue le véritable axe de l'utérus, l'axe de suspension, axe fictif si l'on veut, mais qui n'en existe pas moins, ainsi qu'on peut s'en assurer facilement. Il suffit pour cela de constater, par le toucher vaginal, deux choses auxquelles les observateurs ne paraissent pas avoir accordé grande attention, et dont l'une a même été niée par quelques personnes : la première, que la portion vaginale du col de l'utérus ne repose pas immédiatement sur le plancher du bassin, comme on l'a prétendu dans des ouvrages récents ; la seconde, qu'il est facile de faire basculer l'organe utérin autour de cet axe de suspension, soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés, mais que cet organe reprend immédiatement sa place après le changement de position qu'on lui a imprimé. »

Ces remarques anatomiques sont de la plus grande justesse, mais nous voudrions remplacer l'expression d'*axe de suspension* par celle de *plan de suspension*, car il y a plusieurs axes distincts, l'un transversal, l'autre antéro-postérieur et même un axe oblique; il y a de plus à faire remarquer que c'est au niveau de l'ouverture de ce plan imaginaire, ou peu au-dessus, que s'effectuent les courbures ou flexions de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, nous ajouterons encore, en empruntant les propres expressions de M. Aran : « Que cet axe de suspension est susceptible lui-même de se déplacer en masse, par suite de la flexibilité et de l'élasticité des parties qui le constituent. C'est ce qui explique, en particulier, comment le col de l'utérus est plus rapproché de la vulve, quand la femme est debout; comment le doigt introduit dans le vagin peut refouler quelquefois l'utérus jusqu'à une grande hauteur dans le bassin. »

La profondeur à laquelle on trouve le col dans le vagin a été exagérée par quelques auteurs, qui la fixent à 10 ou 12 centimètres. M. Aran dit que le col est à 6 centimètres de l'orifice vulvaire chez la femme qui a eu des enfants, et à 7 ou 8 centimètres chez la fille vierge ou la femme déflorée qui n'a pas eu d'enfants. M. Auguste Voisin (1), qui a dû s'occuper de ce fait, à propos des hématoécèles

(1) *De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés*. Paris, 1860.

péri-utérines, établit que cette distance n'est que de 5 centimètres et demi à 6 centimètres et demi.

Les dimensions principales de l'utérus doivent être indiquées, car on peut, par le cathétérisme utérin, apprécier pendant la vie les changements de volume de l'organe. M. Richet (1) résume ainsi le résultat de nombreuses recherches, continuées pendant dix ans :

- 1° Chez les femmes qui ont eu des enfants, le diamètre vertical de la cavité utérine à l'état physiologique, pris du col au fond de cette cavité, offre 60 millimètres.

- Ce même diamètre, parois comprises, est de 68 millimètres.

- Le diamètre transverse de la cavité, entre les orifices tubaires, est de 30 millimètres.

- Enfin le diamètre transverse extérieur, entre les insertions des trompes, est de 47 millimètres et demi.

- 2° Chez les femmes qui ont eu des rapports sexuels, mais point d'enfants, le diamètre vertical de la cavité est de 55 millimètres.

- Celui de l'utérus, parois comprises, de 63 millimètres.

- Le transverse ou intertubaire, de 27 millimètres.

- Enfin le transverse extérieur, de 45 millimètres.

- 3° Chez les vierges, le diamètre vertical de la cavité, d'après le seul fait qu'il m'a été donné de recueillir, serait de 45 millimètres.

- Celui de l'utérus de 55 millimètres.

- Le transverse ou intertubaire, de 15 millimètres.

- Enfin le transverse extérieur, de 30 millimètres. »

Dans les cinq ou six jours qui précèdent ou suivent l'apparition des règles, ajoute M. Richet, les diamètres utérins dépasseront généralement les moyennes précédemment indiquées, tandis que dans la période intermédiaire ils s'abaisseront un peu au dessous.

Ces chiffres sont, à quelques légères modifications près, adoptés par la plupart des auteurs, et d'ailleurs la pratique ne réclame pas une précision mathématique.

Les recherches de M. Guyon (2), opérées en partie par le moulage, ont modifié les opinions que l'on se faisait sur la forme de la cavité utérine. La plus grande largeur de cette cavité existe au niveau de l'insertion des trompes, et, dans ce point, la cavité se divise en deux prolongements latéraux ou *cornes* très évidentes : la portion placée immédiatement au-dessous est plus ou moins conique, c'est la région *corne* du corps, à laquelle succède un rétrécissement ou *isthme*, qui répond à l'orifice cervico-utérin ; quant à la cavité du col, elle est fusiforme, ainsi qu'on le sait. Un des faits importants établis par M. Guyon, c'est qu'il y a souvent torsion, rétrécissement ou déviation latérale de l'isthme, ce qui explique certains cas de difficulté du cathétérisme utérin. M. Guyon a fait remarquer aussi que les cavités du col et du corps ne sont pas béantes, mais effacées par l'accolement des parois, dont les saillies (arbres de vie) s'emboîtent réciproquement ; en effet ces saillies sont, sur la face postérieure, déviées à gauche, et, sur la face antérieure, por-

(1) *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1860.

(2) *Thèse (Paris, 1858)*. Ce travail contient deux belles planches.

tées à droite. Enfin, avec M. Richet, M. Guyon n'admet pas de sphincter à l'orifice cervico-utérin ou isthme.

Malgré toutes les discussions qui ont eu lieu sur la direction normale de l'axe de l'utérus, il faut en revenir encore à la formule des anciens anatomistes : l'axe utérin est à peu près celui de l'excavation pelvienne. Sans vouloir nier le mérite des remarquables recherches de M. Boulard (1), ni la grande valeur de l'appui qui leur a été donné par M. Verneuil (2), les médecins, les chirurgiens et les anatomistes ne consentent pas à admettre que l'*antécourbure* soit la direction normale de l'utérus chez l'enfant et chez la fille vierge. M. Cusco, et plus tard M. Richet, ont d'abord montré que chez la petite fille on pouvait trouver le corps de l'utérus dans toutes les positions possibles, à cause de son peu d'épaisseur et de sa flexibilité ; et, plus récemment, M. Lala (3) est venu ajouter à la démonstration, en disant que l'état normal de l'utérus, chez la petite fille, est la *rétroflexion*.

Quant à l'antécourbure chez la fille vierge, M. Cusco la considère comme le résultat d'un arrêt de développement de la paroi antérieure de l'utérus. Nous signalons au lecteur la discussion très intéressante présentée sur ce sujet par M. Richet (4) et les remarques de M. Aran (5).

Enfin, relativement au *développement* de l'utérus, nous n'avons à signaler qu'un fait qui a été parfaitement mis en lumière par M. Cusco (6) : c'est l'*antagonisme* manifeste qui existe entre le corps et le col de l'organe. A la naissance et jusqu'à la puberté, c'est-à-dire jusque vers l'âge de treize à quinze ans, le col est dans un état de développement proportionné à celui de tous les organes, tandis que le corps est rudimentaire et que sa hauteur verticale est égale à celle du col. A la puberté, le corps se développe tout à coup, devient deux fois aussi haut que le col, se redresse, et continue le col en ligne droite, ou avec une légère courbure en avant. Après les grossesses, il demeure toujours manifestement un peu plus volumineux. Enfin, dans la vieillesse, c'est le col qui s'atrophie et s'efface, sans que le corps change sensiblement de volume. C'est en raison de cette atrophie relative et de cette flexibilité naturelle du corps de l'organe que MM. Richet et Cusco nient la courbure antérieure signalée par M. Boulard, avant la puberté ; et que le dernier attribue cet état, dans les cas où il se présente chez la fille vierge adulte, à un arrêt de développement de la paroi utérine antérieure (7).]

#### 1° Causes prédisposantes.

*Age.* — Des observations que nous avons rassemblées il résulte que les déviations se produisent presque toujours chez des femmes jeunes encore ; ce résultat

(1) *Thèse*. Paris, 1853.

(2) *Mémoires de la Société de chirurgie*.

(3) *Thèse*. Paris, 1857.

(4) *Loc. cit.*, p. 787 et suiv.

(5) *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, p. 20 et suiv.

(6) *Thèse citée*.

(7) [Jusqu'à présent nous avons ajouté soit des articles nouveaux, soit des notes plus ou moins étendues au livre de Valleix, et nous avons quelquefois modifié son texte : c'est qu'il s'agissait de faits récemment connus ou d'opinions émises depuis la dernière édition de cet ouvrage, et dont l'auteur eût certainement tenu compte lui-même. Mais désormais, dans le

obtenu primitivement sur 68 cas, a été confirmé par une nouvelle série de 49 cas, en tout, 117. C'est de vingt à trente ans qu'elles y sont particulièrement exposées ; ce qui ne veut pas dire qu'on n'observe pas ces maladies à un âge plus avancé, mais qu'elles commencent dans la jeunesse.

On a cependant avancé que l'âge critique y prédisposait particulièrement les femmes ; mais quand on examine les faits, on voit que cette assertion est complètement erronée, et la cause de cette erreur vient de ce qu'on n'a pas remonté à l'origine de la maladie ; car on aurait vu que les femmes qui se présentaient à l'observation à l'âge critique avaient presque toutes l'utérus dévié depuis un grand nombre d'années.

Une cause qui vient naturellement après la précédente, est l'*accouchement*. C'est, en effet, particulièrement dans la période de la vie qui vient d'être indiquée que les femmes deviennent grosses ; et si nous examinons, à ce point de vue, les faits, nous voyons que, sur 117 cas, 93 ont eu un ou plusieurs accouchements ; 18 sont restées stériles et 6 étaient vierges.

Parmi les 93 femmes qui ont eu des grossesses terminées par un accouchement terme ou un avortement, il en est fort peu qui n'aient vu survenir la maladie un temps après l'accouchement, en sorte que presque toujours l'effet a suivi immédiatement la cause. Dans les autres cas, il y a eu habituellement une cause déterminante, appréciable, qui, à une époque plus éloignée, a produit la déviation. Nous ferons connaître plus loin les causes de ce genre.

Les faits ne nous ont pas appris que l'*avortement* déterminât plus particulièrement la maladie. Les avortements, comme cause, ont au contraire été bien moins fréquents que l'accouchement, tandis qu'ils ont été fréquents après que la déviation a été produite.

Il paraît probable que les cas où les femmes ont été *stériles* et ceux où elles ont été affectées de déviation utérine étant encore *vierges*, étaient des cas de *déviation congénitale* (1). Parmi les femmes stériles, il en est, en effet, plusieurs qui avaient présenté des symptômes qu'on pouvait rapporter à la déviation avant leur mariage, et si chez les autres il n'avait été observé rien de semblable, on peut penser qu'il existait néanmoins une obliquité marquée, qui s'est changée en déviation complète lorsque l'utérus a été excité par l'acte conjugal.

L'existence des *déviation congénitales* a, du reste, été démontrée directement.

Pour être consacré aux déviations utérines, nous croyons devoir reproduire intégralement le texte de l'auteur, ou, du moins, user de la plus grande réserve dans nos annotations. Peut-être le lecteur sera-t-il tenté de nous reprocher notre abstention, et les auteurs de livres réclameront de blâmer notre silence à leur égard, mais nous espérons qu'on nous tiendra compte de motifs qui nous guident. Valleix avait profondément étudié la question des déviations utérines, il en avait provoqué et renouvelé l'étude en France, et il faisait autorité sur cette matière. Malgré les honorables attaques dont il avait été l'objet au sein des académies, il avait acquis la conviction de bien des médecins, il n'était point ébranlé dans sa sienne, et il est regrettable qu'il suivrait encore aujourd'hui ses propres errements. Il serait donc mal, selon nous, de modifier ou de tronquer les opinions d'un auteur qui, au point de vue qui nous occupe, avait l'autorité d'un maître. Ce serait un déni de justice historique, car s'il doit revenir la gloire à Valleix pour le soin avec lequel il a étudié les déviations utérines, il convient que lui appartienne tout entière.]

[Nous avons vu dans les considérations anatomiques précédentes qu'il n'y a pas de déviations congénitales, mais qu'elles ont lieu à la puberté par un arrêt de développement d'une des cornues de l'utérus.]



Kiwisch, M. Huguier, et plusieurs autres auteurs, en ont cité des exemples. Nous en avons nous-mêmes vu un bien remarquable, et si l'on examine les faits, on voit que ce sont surtout les déviations en avant qui résultent d'une conformation primitive. Les recherches intéressantes de MM. Verneuil et Boullard sur le développement de l'utérus donnent l'explication de ce fait, et nous apprennent surtout pourquoi les antéflexions sont surtout dans ce cas.

Kiwisch (1) a beaucoup insisté sur les *déformations* et le *développement défectueux* de l'utérus, et il a cité des cas dans lesquels ces vices de conformation ont déterminé la chute de l'organe dans un sens ou dans l'autre. L'existence de ces causes ne saurait donc être regardée comme douteuse.

Quel est le rôle que joue l'*engorgement* dans les déviations utérines ? C'est là un point important à traiter. Lorsque M. Velpeau (2) a dit que ce que l'on prend pour l'engorgement de l'utérus était presque toujours une déviation, il a soulevé beaucoup de réclamations, et cependant il n'a fait qu'exprimer un fait réel. Seulement on a pensé qu'il niait l'existence de l'engorgement, ce qui, d'après ses explications, était le résultat d'un malentendu. Il est certain que les déviations s'accompagnent généralement d'un engorgement partiel ou général ; mais cet engorgement est-il la cause ou l'effet de la déviation ? Il est plus que probable que chez les femmes qui ont vu leur déviation commencer après l'accouchement, l'utérus n'était pas revenu sur lui-même lorsque la cause déterminante (marche, fatigues, chutes, efforts) a produit la déviation ; mais on doit admettre aussi qu'une fois la déviation produite, l'engorgement a été entretenu par la position vicieuse de l'organe, et ce qui le prouve, c'est que lorsqu'on est parvenu à le redresser et à le maintenir, il reprend plus ou moins promptement son volume primitif. Il y a donc là une question complexe qu'il est assez difficile de résoudre.

Une *inflammation aiguë ou chronique* avec développement de l'utérus, déterminée ou non par un accouchement ou un avortement, peut produire une déviation et surtout une déviation en avant. On en a la preuve dans ce qui se passe chez les femmes affectées de déviation avec inflammation aiguë. Dans ces cas, on peut par les moyens ordinaires faire disparaître le volume exagéré de l'organe et il n'est pas rare alors de le voir reprendre sa position normale. Dans d'autres cas, l'organe peut être dévié sans qu'il y ait engorgement préalable, comme on voit chez les jeunes filles qui ont fait une chute, et l'engorgement peut survenir ensuite.

Suivant Kiwisch (3), les *métrorrhagies*, les *ménorrhagies* de longue durée peuvent avoir le même effet ; mais il est bien difficile de se prononcer sur ce point, ces hémorrhagies pouvant très bien être la conséquence et non la cause de la maladie, ainsi que le prouvent encore les résultats du traitement.

Tous les auteurs ont signalé la *situation et certaines circonstances anatomiques de l'utérus* comme prédisposant aux déviations. Il est certain, en effet, que cet organe mobile, suspendu à des ligaments et ayant sa grosse extrémité en haut, se trouve dans des conditions favorables aux divers renversements. A cette disposition viennent se joindre les changements qu'éprouvent les organes voisins de

(1) *Loc. cit.* p. 81 et suiv.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*

l'accomplissement de leurs fonctions, et qui tantôt repoussent l'utérus, tantôt le laissent retomber de leur côté. Ainsi la vessie, en se dilatant, le repousse en arrière, et lorsqu'elle se vide rapidement, elle le laisse retomber vers le pubis. Le rectum, dans son ampliation et dans son état de vacuité agit en sens inverse. Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur ces particularités, il suffit de les indiquer.

Il en est d'autres qui ont été signalées par Kiwisch, MM. Simpson, Mayer et Virchow; mais, comme elles exercent une influence spéciale sur certaines déviations, nous les signalerons quand nous présenterons l'histoire des diverses espèces.

Il est des affections qui prédisposent, comme on devait le prévoir, aux déviations de l'utérus : ce sont les *tumeurs fibreuses*, les *polypes*, en un mot tout ce qui détermine l'augmentation de volume du corps de cet organe; de telle sorte que son centre de gravité se trouvant déplacé, il se trouve en état d'équilibre instable. Alors les ampliations des organes voisins, les efforts musculaires, peuvent suffire pour opérer le déplacement.

Quant aux autres causes prédisposantes, voici comment nous nous sommes exprimé à cet égard dans nos leçons cliniques :

• Elles n'ont eu qu'une importance véritablement secondaire, pour ne pas dire tout à fait nulle. Nous avons rencontré, il est vrai, dans environ la moitié des cas, les éléments du tempérament lymphatique, ou seuls, ou unis à ceux du tempérament sanguin ou du tempérament nerveux. Mais quelle conséquence peut-on tirer de ce fait, quand on sait combien il est difficile de s'entendre sur ce qui doit caractériser d'une façon précise tel ou tel tempérament? Il est, du reste, à remarquer que chez les femmes, les éléments du tempérament lymphatique dominent en général; il n'est donc pas étonnant que nous les ayons retrouvés chez un grand nombre de nos malades.

• J'en dirai tout autant de ce qui regarde la menstruation, la facilité ou la difficulté avec laquelle elle s'est établie, l'augmentation ou la diminution de l'écoulement sanguin, les avances ou les retards survenus dans son apparition, la présence ou l'absence de la leucorrhée, etc.; toutes choses pour lesquelles il existe la plus grande variabilité, chez les femmes les mieux portantes aussi bien que chez celles qui sont atteintes de déviations. •

### 3<sup>e</sup> Causes occasionnelles.

Dans les cas que nous avons observés, la *facilité* ou la *difficulté* de l'accouchement, la *durée* du travail, les *diverses manœuvres* qu'il a fallu faire pour le terminer, etc., n'ont paru presque jamais avoir une influence réelle sur la production des déviations. Dans un cas cependant le travail a été très pénible, on a exercé sur la tête du fœtus des tractions très fortes et très prolongées, et enfin il a fallu en venir au forceps. Mais évidemment ce n'est pas là une cause importante, puisque, même en admettant son existence comme prouvée, d'une part, on la trouve très rarement dans les cas de déviation, et, de l'autre, ces manœuvres ont très souvent eu sans produire de déviation. Cependant M. Mayer a parfois trouvé immédiatement après l'accouchement l'utérus fléchi en avant ou en arrière, et il attribue ces flexions à des tractions exercées sur le placenta, l'espèce de flexion dépendait du

point où était fixée la masse placentaire. Le fait est exact, puisqu'il a été observé par un praticien si distingué; mais la production d'une flexion dans un utérus resté flasque pouvant admettre une tout autre explication, celle que donne M. Mayer demande peut-être de nouvelles preuves.

La *marche trop prompte* après l'accouchement a été universellement regardée comme une cause des plus évidentes. Cependant elle n'a eu lieu que dans une très petite minorité des cas, et d'un autre côté, presque toujours la déviation n'a manifesté ses symptômes qu'un ou plusieurs mois après la première sortie des accouchées. On voit quelquefois la déviation se produire si promptement chez des femmes qui ont marché trop tôt, que la relation de cause à effet paraît manifeste.

Une cause dont on ne peut méconnaître l'influence, et qui a été signalée par tous les observateurs, consiste dans les *grands efforts musculaires*, les *chutes*, le *cahot d'une voiture*. Il arrive, en effet, quelquefois que, dans un violent effort pour soulever un fardeau, dans une chute sur les pieds ou sur le siège, dans une secousse brusque, quelle qu'en soit la cause, la femme ressent dans le bassin une sensation de douleur plus ou moins vive, de tiraillement, de craquement, etc., et dès ce moment, les symptômes de déviation se manifestent pour ne plus disparaître. En pareil cas, l'action de la cause est évidente.

Quand on interroge avec soin les malades, on apprend que, dans un certain nombre de cas, elles ont eu du côté du bassin des symptômes d'*inflammation* ordinairement désignés sous le nom d'*inflammation d'entrailles ou d'intestins*. Quand même l'anatomie pathologique, et en particulier les recherches de MM. Rokitsky et Virchow, ne nous apprendraient pas que souvent l'utérus contracte des adhérences avec les parties voisines et subit des déformations qui occasionnent des renversements, nous ne pourrions pas douter que ces affections ne fussent des inflammations de l'utérus et de ses annexes; car le siège de la maladie, les tumeurs douloureuses qu'on a observées, les suppurations, les symptômes particuliers signalés par les malades, ne peuvent laisser aucun doute sur ce point.

Dans ces cas, les déviations sont dues à des causes diverses. L'*utérus est-il enflammé* généralement, il augmente de volume, perd son équilibre et se dévie. Un traitement approprié, en ramenant l'utérus à son volume, fait parfois cesser la déviation et prouve que cette cause est réelle. L'*organe est-il enflammé partiellement*, la paroi atteinte se gonfle, augmente de poids et l'entraîne de son côté.

Y a-t-il eu une *péritonite partielle*, il se forme des adhérences sur lesquelles nous reviendrons à l'occasion de l'anatomie pathologique, et la matrice est attirée et fixée de leur côté. L'existence possible de cette cause doit toujours être présente à l'esprit, car en faisant de trop grands efforts pour redresser l'utérus, on pourrait rompre ou érailler ces adhérences, et l'on comprend quels accidents il en résulterait. Virchow a principalement insisté sur cette cause de déviation; mais, ainsi que le fait remarquer M. Mayer, la curabilité des déviations prouve qu'il en a exagéré la fréquence et l'importance. L'*utérus est-il ramolli*, les flexions se produisent avec facilité et quelquefois sont multiples. Enfin, *les tissus circonvoisins ont-ils été enflammés*, il peut en résulter des indurations, la formation de tissus cicatriciels, une rétraction plus ou moins grande, et l'entraînement de la matrice de ce côté.

L'*utérus peut encore être dévié* par la pression de *diverses tumeurs* qui se for-

ment dans le voisinage. Ainsi les *tumeurs sanguines* qui le repoussent en avant, les *tumeurs de l'ovaire*, etc. Il suffit de connaître la situation des parties pour comprendre ce qui doit arriver en pareil cas.

### § III. — Symptômes.

Tous les auteurs ont signalé des déviations qui ne donnent lieu à aucun symptôme. Ce sont surtout les déviations congénitales qui sont dans ce cas, tant qu'une excitation quelconque, une des causes occasionnelles signalées ne vient pas placer l'utérus dans les conditions où il peut, en comprimant les organes voisins, en gênant le jeu de leurs fonctions, produire les douleurs diverses que je ferai connaître plus loin. En pareil cas, c'est surtout après l'excitation produite par les premiers rapports sexuels que se manifestent les symptômes, qui peuvent aussi être produits par les efforts, les chutes, une métrite vaginite contagieuse ou non. Mais le plus souvent les déviations se présentent à notre observation avec un cortège de symptômes caractéristiques que nous allons exposer.

**Début.** — Le début est ordinairement graduel. Les malades éprouvent d'abord de la gêne dans le bas-ventre, des douleurs traversant le bassin, occupant les aines, le sacrum ; puis une pesanteur se fait sentir vers le périnée, l'anus ou l'hypogastre, suivant la déviation ; ensuite surviennent la difficulté de la marche, la faiblesse, le trouble des digestions, et la maladie est confirmée.

**Symptômes de la maladie confirmée.** — Le symptôme le plus fréquent est la *douleur spontanée*. Sur les 117 cas que nous avons rassemblés, elle n'a manqué qu'une fois, et encore a-t-elle été remplacée par une sensation particulière dans le moment de la miction. Il s'agissait d'une antéversion ; dans la marche, les mouvements de toute espèce, le coït, il n'y avait pas douleur ; mais si la malade était restée un peu longtemps sans uriner, dès que la vessie se vidait, elle sentait un poids qui tombait brusquement sur les pubis et qui occasionnait une sensation générale des plus désagréables. Cette exception ne doit donc pas nous empêcher d'indiquer l'existence de la douleur spontanée comme une règle générale.

Cette douleur, qui occupe les différents points du bassin : hypogastre, aines, lombes, sacrum, n'est pas toujours en rapport avec la direction vicieuse de l'utérus, mais il en est souvent ainsi. On voit, par exemple, dans les 68 premiers faits que nous avons analysés, la douleur exister en avant 29 fois sur 35 cas dans les déviations antérieures (antéversion et antéflexion) ; et seulement 16 fois sur 33 cas dans les déviations postérieures (rétroversion et rétroflexion) ; tandis que dans tous les cas de déviations postérieures elle occupait les lombes ou le sacrum, ce qui n'avait lieu que 13 fois sur 35 dans les cas de déviation antérieure.

La douleur est principalement produite par la pression qu'exerce le corps dévié sur les parties voisines, et s'il existe en même temps une douleur dans un point opposé, c'est à la pression exercée par le col tuméfié qu'il faut principalement l'attribuer. Nous avons, en effet, trouvé que plus le col était dur et gonflé, plus cette dernière douleur avait d'intensité. Dans un certain nombre de cas, des *tiraillements* dans les tissus circonvoisins, résultant d'un ballonnement de l'utérus, ne viennent se joindre à ces deux principales causes de douleur spontanée.

La *douleur provoquée* se manifeste dans la marche qu'elle rend quelquefois impossible. Nous avons vu une jeune femme qui est restée deux ans et demi sans pou-

voir faire un pas, et qui, après trois mois de traitement, a pu faire de longues courses en voiture et à pied. Les grands efforts musculaires rendent aussi cette douleur manifeste, et enfin le *toucher* peut la développer à un haut degré. Dans les déviations en avant, c'est la paroi antérieure du corps qui est douloureuse, souvent à un très haut degré, et dans les déviations postérieures, c'est la paroi postérieure. Le *palper abdominal* la développe également lorsque l'utérus est assez volumineux pour dépasser les pubis.

Dans tous les cas de déviations donnant lieu à des symptômes, nous avons trouvé l'utérus plus ou moins *engorgé*. C'est là ce qui justifie la proposition de M. Velpeau. Mais on aurait tort de croire avec quelques auteurs estimables que l'engorgement seul suffit pour produire les symptômes. Il est bon de s'entendre sur ce point. L'engorgement dans les utérus déviés contribue puissamment à la production des symptômes. On en trouve la preuve dans ce qui se passe dans les déviations congénitales où le déplacement ne manifeste son existence par aucun trouble tant que la matrice n'a pas subi l'influence d'une cause quelconque, n'a pas été excitée et n'a pas augmenté de volume. Mais, d'un autre côté, si la matrice n'était pas déviée, ces symptômes n'auraient pas lieu, au moins dans la très grande majorité des cas, et la preuve en est dans ce qui se passe lorsque le redressement de l'utérus a été opéré soit pour quelque temps, soit d'une manière définitive. Tant que l'organe reste dans sa direction normale, les symptômes locaux disparaissent plus ou moins complètement, en tout ou en partie ; reprend-il sa position vicieuse, aussitôt on voit les symptômes se reproduire. Il y a des exceptions à cette règle, parce que chez certains malades les organes voisins ont été longtemps irrités par la compression, ont besoin d'un certain temps pour revenir à l'état normal, mais elle n'en sera pas moins évidente pour tous ceux qui observeront attentivement des cas traités par le redressement. Voici comment il faut résumer cette discussion : L'engorgement seul, pas plus que la déviation seule, ne peut, dans la grande majorité des cas, produire les symptômes propres aux déplacements, tandis que leur réunion les produit presque à coup sûr.

Nous avons trouvé une *leucorrhée* plus ou moins abondante chez tous les malades. Kiwisch avait déjà fait la même remarque.

Les *menstrues* sont souvent difficiles et douloureuses. Les malades sont sujettes à des *métrorrhagies*. Les règles sont abondantes, de longue durée, et parfois séparées par des intervalles très rapprochés, ce qui affaiblit beaucoup les malades et produit l'*anémie*. Quelquefois, au contraire, elles sont peu considérables et retardées dans leur apparition, mais le fait est rare. Pour nous, nous ne l'avons vu que dans un seul cas de rétroversion. La *suppression des règles* n'est guère plus fréquente, car nous ne l'avons vue que 2 fois sur 147 cas.

La *miction* est souvent fréquente et parfois douloureuse. Ce symptôme n'est pas particulier à l'antéversion, mais il s'observe bien plus fréquemment dans les déplacements en avant que dans les renversements en arrière. Ainsi dans les 68 premiers cas analysés, 22 fois la miction était troublée sur 35 cas de déviation antérieure, et 3 fois seulement sur 33 cas de déviation postérieure. Dans ces derniers cas, le col, volumineux et dur, était fortement porté en avant et comprimait le col de la vessie.

La *défécation* est, d'un autre côté, notablement plus fréquente dans les déviations en arrière. Elle avait lieu, en effet, 23 fois sur 33 dans le premier cas, et

s seulement sur 35 dans le second. Ce qui explique les troubles de la défécation dans les antéversions, c'est la pression du col volumineux de l'utérus qui se porte obliquement sur la partie inférieure du rectum.

En quelques circonstances, ces symptômes prennent une intensité extrême. Nous avons vu des malades éprouver les plus vives douleurs en urinant, et avoir des selles douloureuses, composées en grande partie de mucus quelconque et sanguinolent.

Lorsque ces symptômes ont duré un certain temps, il survient d'autres phénomènes qui doivent être signalés.

La marche n'est pas rendue difficile par la douleur seulement. La faiblesse vient en augmenter cette difficulté. Les malades se fatiguent très promptement ; elles ne peuvent pas rester longtemps debout, et au bout d'un certain temps elles éprouvent des douleurs dans les membres inférieurs.

M. Nonat (1) signale des paralysies musculaires partielles, nées sous l'influence des déviations utérines ; elles seraient ordinairement incomplètes et affecteraient les uns d'une jambe, d'un bras, de ces deux membres à la fois, les muscles du cou, de façon à produire l'aphonie. MM. Martin (2), Einault (3) et Valleix (4), ainsi que M. Nonat, M. R. Leroy (d'Étiolles) (5), Gallard (6), Trousseau (7), Bary (8) ont fait connaître des faits semblables, tandis que, d'un autre côté, Lecquierel n'en parle nullement, et que M. Aran (9) dit qu'il lui est impossible d'admettre des paralysies purement sympathiques du système utérin, sans lésion générale. Nous engageons le lecteur à prendre connaissance du chapitre de M. Nonat sur ce sujet.]

Quelquefois, en se couchant sur le dos ou sur le ventre, suivant l'espèce de déviation, ou se tournant sur un côté ou sur l'autre, les malades sentent un poids se lever, et ce déplacement est accompagné de douleur.

Il est surtout dans ces cas que se manifeste la douleur due au tiraillement qu'éprouvent les ligaments. Ainsi on observe, outre la douleur qui a son siège dans le point où se porte le corps de l'utérus, une douleur dans un point opposé, et l'on voit cette douleur s'exaspérer par le redressement de l'organe à l'aide de la sonde et par les grands mouvements du tronc.

Il ne faut pas confondre les douleurs précédentes avec les douleurs d'une autre nature qui se manifestent dans divers autres points du corps aussi bien que dans l'utérus. Ces dernières sont de nature névralgique et sont dues le plus souvent à une lésion de l'utérus. Ainsi on observe une névralgie lombo-abdominale et des névralgies intercostales reconnaissables à leurs points douloureux ou moins isolés, aux élancements, etc. Ce qui démontre que ces douleurs ne sont pas jusqu'à un certain point indépendantes, c'est qu'elles peuvent persister lors-

Loc. cit., page 381.

Thèse. Paris, 1851.

Thèse, Paris, 1857.

Thèse. Paris, 1855.

Des paralysies des membres inférieurs, des paraplegies, in-8°. Paris, 1856-57.

Thèse. Paris, 1855.

Gazette des hôpitaux, 1850, p. 342.

Moniteur des hôpitaux, 1853, p. 273.

Loc. cit., p. 147.



que l'utérus est redressé et que tous les autres symptômes ont disparu, et qu'elles cèdent alors aux moyens propres à combattre les névralgies.

M. Simpson a signalé particulièrement une douleur de nature névralgique qui se fait sentir sous le sein gauche. Cette douleur est fréquente, mais non constante comme le pense cet habile médecin, et elle est due à une névralgie intercostale.

Des douleurs de la même nature peuvent exister dans d'autres parties du corps (face, membres); mais elles sont beaucoup moins fréquentes.

Enfin, nous signalerons l'*inappétence*, les *digestions* difficiles, douloureuses (gastralgie), le *dépérissement*, les *palpitations*, les *bruits de souffle dans les artères*, la *décoloration des tissus* (anémie).

Il faut joindre à ces symptômes ceux qui caractérisent l'*hystérie*, soit qu'il y ait de véritables *attaques* hystériques, soit que les malades n'éprouvent que cet état qu'on a appelé *hystéricisme*, et qui consiste dans de l'oppression, des spasmes, un malaise général, l'envie de pleurer, etc. Cet état est fréquent chez les malades affectées de déviation, et ce qui prouve qu'il appartient bien à ces affections, c'est qu'il disparaît après le redressement (*hystérie symptomatique*, Nonat).

Tels sont les symptômes qu'on peut assigner aux déviations considérées en général. Il en est d'autres encore, mais comme ils appartiennent plus particulièrement à certaines espèces, nous ne devons pas les mentionner ici, ayant à les décrire en détail en faisant l'histoire de chaque espèce en particulier.

*Conséquences des déviations.* — On a principalement cité l'*avortement* comme une des conséquences presque nécessaires de ces affections, mais l'examen des faits nous a démontré que l'avortement, quoique plus fréquent chez les femmes affectées de déviation, est beaucoup plus rare qu'on ne le croit communément.

Les *difficultés de l'accouchement* peuvent être considérables, ainsi que l'a prouvé M. Dezanneau pour l'antéversion, et il est plus que probable que dans les cas de déviation chez les femmes grosses, on a eu quelquefois affaire à des femmes qui avaient déjà l'utérus dévié au moment de la conception, de telle sorte que la position vicieuse de l'utérus les disposait aux symptômes si graves qu'elles devaient éprouver dès que l'organe aurait pris une certaine ampliation.

Quant à la *stérilité*, nous avons des données beaucoup plus précises. D'abord sur les 117 cas que nous avons rassemblés, la stérilité a existé 19 fois, ce qui est déjà un chiffre considérable chez des femmes jeunes et désirant pour la plupart avoir des enfants. Mais le fait devient bien plus frappant, si l'on considère que sur les 98 qui restent, 42 n'ont eu qu'un seul accouchement, bien que plusieurs d'entre elles eussent perdu leur premier enfant, et désirassent beaucoup en avoir d'autres. Il est une autre preuve, moins directe, il est vrai, de l'existence de la stérilité, mais qui cependant a sa valeur. Très souvent les femmes ne demandent les soins du médecin que dans l'espoir d'avoir des enfants qu'elles désirent depuis plusieurs années.

Enfin, dans les cas où les femmes sont devenues enceintes, l'*avortement* a été fréquent.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de ces affections est habituellement croissante et chronique. Ce n'est pas toutefois que, de loin en loin, il ne survienne des améliorations plus ou moins considérables; il est, au contraire, ordinaire de voir dans les observations, qu'à

certaines époques il est survenu, soit spontanément, soit sous l'influence des nombreux moyens employés, un bien-être relatif qui pouvait faire croire à une guérison prochaine. Mais en examinant la marche de la maladie d'une manière générale, on voit que, après ces améliorations de plus ou moins longue durée, l'état des organes est devenu plus grave qu'auparavant, en sorte que l'affection a fait des progrès réels. Lorsque les malades ont eu plusieurs enfants, la déviation peut remonter à l'avant-dernière couche, ou à une couche antérieure. Il arrive presque constamment que les symptômes, d'abord légers, ont pris un accroissement considérable à chaque nouvelle couche, ou en d'autres termes, que chaque couche nouvelle a accéléré la marche de la maladie. Cependant cette règle souffre des exceptions. Ainsi nous avons vu des malades qui, après une couche, se trouvaient beaucoup mieux, tandis que la plupart des autres voyaient, dans les mêmes circonstances, leurs accidents augmenter.

On ne peut se rendre compte de ces variations dans la marche de la maladie qu'en ayant égard à l'inflammation chronique qui accompagne ordinairement les déviations. C'est cette inflammation qui, sous l'influence des causes les plus diverses, peut s'accroître, diminuer, disparaître presque complètement, de telle sorte que les malades se croient guéries. Mais à la moindre fatigue, tous les accidents se reproduisent avec une nouvelle intensité, parce que la déviation elle-même a persisté.

La durée de la maladie est illimitée; un traitement efficace seul peut y mettre fin, au moins pendant tout le temps que l'utérus reste à l'état d'organe actif. Il peut se faire, en effet, que, la vieillesse arrivant, il s'atrophie et devienne léger, au point que sa position soit indifférente; mais il ne faut pas toujours compter sur cette terminaison, même à un âge avancé, car nous avons vu des femmes de soixante ans avoir encore des symptômes évidents de déviation, soit que des tumeurs situées dans les parois de l'organe aient entretenu une tuméfaction considérable, soit que par le fait seul de la déviation, un état de phlegmasie chronique avec gonflement ait persisté malgré la cessation des menstrues.

On a cité des cas où la déviation s'est terminée par la mort, sans qu'on pût attribuer cette terminaison à aucune autre maladie; mais les faits de ce genre sont excessivement rares, et sous ce rapport le pronostic doit être favorable. Il n'en est plus de même, à quelque autre point de vue qu'on envisage le pronostic. Nous avons cité plus haut celui qu'a porté M. Velpeau, et il est certain que, à moins de circonstances tout exceptionnelles, on peut dire que la maladie livrée à elle-même n'a aucune tendance à se terminer par la guérison. Les malades, en pareil cas, sont vouées à de longues souffrances; un traitement efficace peut seul les en délivrer.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Dans les autopsies on trouve, suivant MM. Rokitansky et Virchow (1), des renversements en avant, beaucoup plus fréquents qu'en arrière. Cela tient, sans aucun doute, à ce que l'antéversion, et surtout l'antéflexion, donnent moins fréquemment lieu à des symptômes un peu notables que les déviations postérieures; car sur le vivant, ainsi qu'on l'a vu plus haut, la différence n'est pas très considérable bien qu'elle soit réelle.

(1) *Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe, in Berlin, 1851.*

Suivant ces auteurs, auxquels il faut joindre MM. Mayer (1), Sommer plusieurs autres, ce sont principalement les flexions qu'on rencontrerait suivant, comme sur le cadavre. Mais ceci demande une explication. Selon Mayer, il faut distinguer la *courbure en forme d'arc* de la flexion proprement dite. Cette distinction est, en effet, très importante, et nous avons rangé la première dans les versions avec courbure. Cette distinction est importante, parce que dans la simple courbure, la consistance de l'utérus n'est pas diminuée, tandis que dans la flexion véritable, son tissu est ramolli dans le point où il est plié, et par conséquent la paroi qui est au fond de l'angle rentrant, est ordinairement anéantie. Nous ferons connaître, en parlant de l'*antéflexion*, la manière dont M. Virchow a expliqué la formation de cette flexion.

Ce ramollissement de l'utérus, dans le point de la flexion, a été signalé par Kiwisch, par M. Virchow, par M. Sommer, par M. Depaul, et nous en avons plusieurs exemples, dont un a été décrit dans nos leçons cliniques.

Lorsqu'il n'y a qu'une simple version, la paroi la plus déclive est habituellement engorgée et plus ou moins épaissie.

Le col de l'utérus est le plus souvent volumineux, et présente des érosions et des granulations qui occupent un plus ou moins grand espace autour de son orifice externe, qui pénètrent dans son intérieur. Chez les femmes qui ont eu des enfants, l'orifice externe est béant, principalement dans les flexions. Quant à l'orifice interne, il est parfois étroit, mais bien moins fréquemment que ne l'ont avancé Kiwisch et M. Virchow. La facilité extrême avec laquelle nous avons introduit la sonde dans presque tous les cas chez les femmes qui avaient eu des enfants, prouve que la coarctation de l'orifice interne n'est pas due, en général, à la déviation même. L'orifice externe peut également être dans un état considérable de coarctation; mais cette disposition est surtout occasionnée par des cicatrices profondes et multipliées, à la suite desquelles s'est formé un tissu fibreux dont la rétraction a bridé l'orifice.

Dans les cas où la coarctation de l'orifice du col est très considérable, il y a rétention des produits de la sécrétion. M. Virchow a vu la cavité utérine prise sous une forme arrondie et contenir une quantité considérable de mucus dans lequel il trouvait une grande quantité de débris d'épithélium. Kiwisch a vu une véritable *hydrométrie* être causée par ce rétrécissement.

Dans les cas compliqués, on trouve des tumeurs fibreuses dans l'épaisseur des parois de l'organe, quelquefois des polypes, ou des productions de nature cancéreuse.

A l'extérieur de l'organe, on voit, dans un certain nombre de cas, des adhérences plus ou moins serrées de l'utérus avec les parties voisines, et qui résultent de péritonites partielles sur lesquelles M. Virchow a particulièrement insisté.

Enfin, les tissus voisins peuvent présenter des traces d'inflammation chronique, de l'induration, des tumeurs, des relâchements, etc.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ces généralités, parce que la place des détails seront mieux placés dans l'histoire de quelques déviations en particu-

(1) *Erfahrungen über das neue von Kiwisch erfundene Instrument*, etc., in *Verhandlungen der Gesellschaft*, etc., in Berlin, 1851.

(2) *Giessen*, 1850.

## § VI. — Diagnostic, pronostic.

1° *Toucher vaginal.* — En première ligne vient le toucher, et surtout le *toucher vaginal*. On ne peut se dispenser de l'employer pour le diagnostic des déviations utérines, car il fournit des indications extrêmement utiles. Nous le pratiquons d'abord, la femme étant debout, parce que, dans cette position, on apprécie mieux le degré de la déviation. D'ailleurs, les premiers symptômes se produisent surtout quand elle est debout; et il est important de connaître au juste quelle est alors la direction de l'utérus, cette direction pouvant n'être plus la même si la malade est couchée. Le doigt indicateur avec lequel on pratique le toucher doit suivre l'axe du vagin pour arriver jusqu'au col, et nous ne saurions trop vous recommander d'aller doucement, graduellement, sans chercher à vouloir arriver d'emblée sur le col, et surtout de bien éviter de repousser trop fortement les parties et d'occasionner de la douleur.

Si le doigt indicateur ne pouvait atteindre le col, il serait bon d'introduire en même temps le médus, qui, ayant un centimètre environ de plus en longueur, permettrait d'explorer à une plus grande profondeur.

Certains auteurs ont conseillé de chercher à pénétrer plus avant, en faisant prendre au coude un point d'appui sur la hanche et sur le genou. Mais c'est alors surtout que l'on doit aller avec beaucoup de lenteur et de ménagement. Il ne faut surtout jamais se préoccuper exclusivement du soin de rencontrer le col, mais bien au contraire, chercher à se rendre compte de tout ce qui se présente sous le doigt.

Appelons d'abord ce que l'on trouve, à l'aide du toucher, *quand l'utérus est à sa position normale*, afin d'avoir un point de comparaison.

Si l'utérus occupe sa position normale, on rencontre d'abord la lèvre antérieure, immédiatement au-dessus, l'ouverture du col qu'il est très facile d'atteindre. En portant le doigt en avant, on trouve la face antérieure du col se continuant supérieurement avec la face antérieure du corps qui ne peut être complètement suivie et qui se dirige obliquement en haut et en avant, en s'inclinant vers la paroi abdominale antérieure, comme pour aller la rejoindre. En avant du corps, on sent une résistance molle particulière à l'intestin. La vessie, distendue par l'urine, peut donner une sensation de fluctuation, et quelquefois être assez volumineuse pour gêner l'exploration; il faut alors la vider en sondant la malade si elle ne peut pas uriner spontanément.

En arrière de l'ouverture du col, le doigt rencontre la lèvre postérieure derrière laquelle se trouve le cul-de-sac du vagin, dans lequel on pénètre suivant la face postérieure du col. Le doigt ne peut atteindre plus loin que la réunion du col avec le corps, et tout à fait en arrière on ne trouve plus rien, on sent seulement la résistance particulière à l'intestin, à moins, toutefois, que des matières fécales étant accumulées dans le rectum, on n'en apprécie la résistance à travers la paroi recto-vaginale.

Si vous êtes bien pénétrés des principes que nous venons de vous exposer, il vous sera facile d'en faire l'application à l'exploration des déviations de l'utérus. Il est en effet, en effet, que dans les déviations du col, le doigt, en pratiquant le toucher, rencontrera plus cette partie dans la même position, ou bien si c'est la direc

du corps qui a changé, on pourra sentir des angles saillants ou rentrants situés en divers points ; mais ce sont là des différences sur lesquelles j'insisterai plus spécialement en parlant de chaque espèce de déviation en particulier.

Le toucher permet encore de constater l'état du col, son volume, sa consistance, sa température, sa conformation extérieure. Y a-t-il des granulations ou des ulcérations ? L'ouverture est-elle régulière ou non ? C'est ce dont il faut s'assurer. Enfin le doigt ne sera pas retiré du vagin sans avoir imprimé des mouvements au col, afin de faire basculer l'utérus pour savoir s'il se meut facilement, si les tissus qui l'environnent sont souples, s'il n'a pas contracté d'adhérences anormales avec les parties voisines, s'il ne se plie pas quand on veut le déplacer, s'il n'est pas plus lourd qu'il ne devrait l'être.

Il est également très important de chercher à saisir avec l'autre main le fond de l'organe à travers la paroi abdominale, pendant que le doigt introduit dans le vagin, soulève le col, ce qui aide à apprécier le volume de l'utérus et aussi sa direction.

2° *Toucher rectal.* — Quant au toucher rectal, vous verrez plus tard que pour l'antéversion et l'antéflexion il ne nous apprend que peu de chose, et que pour la rétroversion et la rétroflexion, s'il est quelquefois utile, il peut souvent aussi être négligé sans inconvénient. Vous aurez donc soin de ne le pratiquer que lorsque vous paraîtra indispensable ; car avant tout, messieurs, il faut songer, dans la pratique, à retrancher de ces sortes d'explorations tout ce qui ne nous est pas absolument nécessaire pour arriver à un diagnostic précis.

Le doigt, introduit dans le rectum quand l'utérus occupe sa position normale, ne sent rien de différent de ce qu'on rencontre en arrière du col par le toucher vaginal ; seulement comme il peut atteindre plus haut, il peut suivre également un peu plus haut la direction de l'organe. Dans le cas de déviation, on sent l'extrémité du col s'il s'agit d'une antéversion, ou la tumeur globuleuse formée par le corps s'il s'agit d'une rétroversion ou d'une rétroflexion. Mais ce sont des points sur lesquels nous reviendrons en détail.

3° *Examen à l'aide du spéculum.* — Nous ne négligerons pas, ainsi que je vous l'ai déjà dit, l'emploi du spéculum comme moyen de diagnostic dans les cas de déviations de l'utérus, et nous employons de préférence le *spéculum plein* ou le *spéculum à développement*, à trois ou quatre valves, qui, une fois ouvert, simule le spéculum plein. Le spéculum bivalve ne peut être utilement employé, selon nous, dans ces cas où il est important surtout de savoir comment se présente le col de l'utérus dans le champ de l'instrument. Les deux valves, en effet, s'écartent en décrivant chacune un arc de cercle, dont le centre est auprès de la vulve à leur articulation, et le mouvement qui en résulte peut suffire, si l'utérus est mobile, pour changer la direction suivant laquelle il va se présenter.

Le spéculum sera introduit lentement avec précaution, et suivant la direction de l'axe du vagin. Ne cherchez pas, encore moins que dans le toucher, à tomber directement et d'emblée sur le col ou à vouloir toujours le saisir en dirigeant votre spéculum de manière à aller le chercher dans un autre point, si vous ne l'avez pas trouvé à sa place habituelle. La nécessité de cette manœuvre, qui, je vous l'ai déjà dit, avait frappé sans qu'on en comprît toute la portée, est toujours due à une déviation.

Si, en pareil cas vous saisissez le col de l'utérus, ce n'est qu'après l'avoir basculer, et il ne vous est plus possible alors d'apprécier sa situation réelle, mais que vous vous en rendrez parfaitement compte en agissant de la manière suivante :

Immédiatement que votre spéculum aura dépassé l'orifice du vagin, il faut retirer l'embout ; alors les parois du vagin étant constamment adossées l'une contre l'autre, les verres se déplissent sur l'extrémité de l'instrument, en formant une espèce de sac dont le centre se trouve nécessairement situé dans l'axe du vagin. Cette bourse semblera s'éloigner à mesure que le spéculum avancera, et si vous avez bien soin d'en maintenir continuellement le centre au milieu même du champ du spéculum, vous resterez forcément dans l'axe même du vagin. En procédant ainsi, vous arriverez sur le col, qui, dans la position normale de l'utérus, ne se présente pas directement à vous ; mais vous devez vous le rappeler, l'axe de l'utérus ne forme pas celui du vagin, mais fait avec ce dernier un angle obtus ouvert en avant. Il en résulte que le col doit se présenter plutôt par sa face antérieure que par sa face postérieure, et l'on voit, en effet, toute la lèvre antérieure. Quant à l'orifice externe, il est situé plus en arrière.

Telle est la présentation normale du col de l'utérus. Quand vous ne le trouvez pas dans cette position, soyez sûr qu'il existe une déviation. Si, par exemple, l'orifice externe se montre au centre même de la portion apparente du col, celui-ci est dévié en avant, comme cela a lieu dans quelques cas de rétroversion, et cette déviation sera plus marquée encore si l'orifice se rapproche davantage de la paroi antérieure du spéculum.

Dans ce dernier cas, on voit tout d'abord une grande étendue de la face postérieure du col. Si, au contraire, on aperçoit une grande étendue de sa face antérieure, et si l'orifice externe va se cacher profondément vers la paroi postérieure de l'instrument, il est probable que l'on a affaire à une antéversion, parce que, dans les flexions, le corps ne suit plus l'axe du col, et que, n'apercevant que le col, on ne pouvez pas encore savoir s'il s'agit d'une version ou d'une flexion. Le spéculum fait connaître qu'il existe une déviation, ce qui a son importance ; à lui seul il ne peut pas en faire distinguer exactement l'espèce.

Dans les déviations latérales, l'orifice externe, qui, normalement, est situé sur la ligne médiane, s'incline vers le côté opposé à la déviation, et l'on peut voir très nettement, dans le champ du spéculum, une plus ou moins grande étendue d'une des faces latérales du col.

Tout en examinant la situation du col à l'aide du spéculum, on ne doit pas négliger de noter son volume, sa coloration, ainsi que l'état de son ouverture, et l'existence ou l'absence des diverses altérations qu'il peut présenter. Comme le recommande M. Bennet, on emploie le spéculum bivalve pour écarter les lèvres du col et examiner sa cavité à une certaine profondeur ; ceci ne peut être fait que dans les cas où le col est déjà large et suffisamment entr'ouvert, soit par suite d'une inflammation, soit après de nombreux accouchements antérieurs.

• *Cathétérisme utérin.* — Si par le toucher et le spéculum nous pouvons réunir des indications nombreuses et utiles pour le diagnostic, à l'aide de la sonde nous pouvons toujours à un diagnostic précis, rigoureux. M. Simpson, qui, en même temps que Kiwisch, en a fait usage d'une façon méthodique, employait une tige



point où était fixée la masse placentaire. Le fait est exact, puisqu'il a été observé par un praticien si distingué; mais la production d'une flexion dans un utérus resté flasque pouvant admettre une tout autre explication, celle que donne M. Mayer demande peut-être de nouvelles preuves.

La *marche trop prompte* après l'accouchement a été universellement regardée comme une cause des plus évidentes. Cependant elle n'a eu lieu que dans une très petite minorité des cas, et d'un autre côté, presque toujours la déviation n'a manifesté ses symptômes qu'un ou plusieurs mois après la première sortie des accouchées. On voit quelquefois la déviation se produire si promptement chez des femmes qui ont marché trop tôt, que la relation de cause à effet paraît manifeste.

Une cause dont on ne peut méconnaître l'influence, et qui a été signalée par tous les observateurs, consiste dans les *grands efforts musculaires*, les *chutes*, le *cahot d'une voiture*. Il arrive, en effet, quelquefois que, dans un violent effort pour soulever un fardeau, dans une chute sur les pieds ou sur le siège, dans une secousse brusque, quelle qu'en soit la cause, la femme ressent dans le bassin une sensation de douleur plus ou moins vive, de tiraillement, de craquement, etc., et dès ce moment, les symptômes de déviation se manifestent pour ne plus disparaître. En pareil cas, l'action de la cause est évidente.

Quand on interroge avec soin les malades, on apprend que, dans un certain nombre de cas, elles ont eu du côté du bassin des symptômes d'*inflammation* ordinairement désignés sous le nom d'*inflammation d'entrailles ou d'intestins*. Quand même l'anatomie pathologique, et en particulier les recherches de MM. Rokitsky et Virchow, ne nous apprendraient pas que souvent l'utérus contracte des adhérences avec les parties voisines et subit des déformations qui occasionnent des renversements, nous ne pourrions pas douter que ces affections ne fussent de inflammations de l'utérus et de ses annexes; car le siège de la maladie, les tumeurs douloureuses qu'on a observées, les suppurations, les symptômes particuliers signalés par les malades, ne peuvent laisser aucun doute sur ce point.

Dans ces cas, les déviations sont dues à des causes diverses. L'*utérus est-il enflammé* généralement, il augmente de volume, perd son équilibre et se dévie. Un traitement approprié, en ramenant l'utérus à son volume, fait parfois cesser la déviation et prouve que cette cause est réelle. L'*organe est-il enflammé partiellement*, la paroi atteinte se gonfle, augmente de poids et l'entraîne de son côté.

Y a-t-il eu une *péritonite partielle*, il se forme des adhérences sur lesquelles nous reviendrons à l'occasion de l'anatomie pathologique, et la matrice est attirée et fixée de leur côté. L'existence possible de cette cause doit toujours être présente à l'esprit, car en faisant de trop grands efforts pour redresser l'utérus, on pourra rompre ou érailler ces adhérences, et l'on comprend quels accidents il en résulterait. Virchow a principalement insisté sur cette cause de déviation; mais, ainsi que le fait remarquer M. Mayer, la curabilité des déviations prouve qu'il en a exagéré la fréquence et l'importance. L'*utérus est-il ramolli*, les flexions se produisent avec facilité et quelquefois sont multiples. Enfin, *les tissus circonvoisins ont-ils été enflammés*, il peut en résulter des indurations, la formation de tissus cicatriciels, une rétraction plus ou moins grande, et l'entraînement de la matrice de ce côté.

L'*utérus* peut encore être dévié par la pression de *diverses tumeurs* qui se for-

ment dans le voisinage. Ainsi les *tumeurs sanguines* qui le repoussent en avant, les *tumeurs de l'ovaire*, etc. Il suffit de connaître la situation des parties pour comprendre ce qui doit arriver en pareil cas.

### § III. — Symptômes.

Tous les auteurs ont signalé des déviations qui ne donnent lieu à aucun symptôme. Ce sont surtout les déviations congénitales qui sont dans ce cas, tant qu'une excitation quelconque, une des causes occasionnelles signalées ne vient pas placer l'utérus dans les conditions où il peut, en comprimant les organes voisins, en gênant le jeu de leurs fonctions, produire les douleurs diverses que je ferai connaître plus loin. En pareil cas, c'est surtout après l'excitation produite par les premiers rapports sexuels que se manifestent les symptômes, qui peuvent aussi être produits par les efforts, les chutes, une métrite vaginite contagieuse ou non. Mais le plus souvent les déviations se présentent à notre observation avec un cortège de symptômes caractéristiques que nous allons exposer.

*Début.* — Le début est ordinairement graduel. Les malades éprouvent d'abord de la gêne dans le bas-ventre, des douleurs traversant le bassin, occupant les aines, le sacrum ; puis une pesanteur se fait sentir vers le périnée, l'anus ou l'hypogastre, suivant la déviation ; ensuite surviennent la difficulté de la marche, la faiblesse, le trouble des digestions, et la maladie est confirmée.

*Symptômes de la maladie confirmée.* — Le symptôme le plus fréquent est la *douleur spontanée*. Sur les 117 cas que nous avons rassemblés, elle n'a manqué qu'une fois, et encore a-t-elle été remplacée par une sensation particulière dans le moment de la miction. Il s'agissait d'une antéversion ; dans la marche, les mouvements de toute espèce, le coït, il n'y avait pas douleur ; mais si la malade était restée un peu longtemps sans uriner, dès que la vessie se vidait, elle sentait un poids qui tombait brusquement sur les pubis et qui occasionnait une sensation générale des plus désagréables. Cette exception ne doit donc pas nous empêcher d'indiquer l'existence de la douleur spontanée comme une règle générale.

Cette douleur, qui occupe les différents points du bassin : hypogastre, aines, lombes, sacrum, n'est pas toujours en rapport avec la direction vicieuse de l'utérus, mais il en est souvent ainsi. On voit, par exemple, dans les 68 premiers faits que nous avons analysés, la douleur exister en avant 29 fois sur 35 cas dans les déviations antérieures (antéversion et antéflexion) ; et seulement 16 fois sur 33 cas dans les déviations postérieures (rétroversion et rétroflexion) ; tandis que dans tous les cas de déviations postérieures elle occupait les lombes ou le sacrum, ce qui n'avait lieu que 13 fois sur 35 dans les cas de déviation antérieure.

La douleur est principalement produite par la pression qu'exerce le corps dévié sur les parties voisines, et s'il existe en même temps une douleur dans un point opposé, c'est à la pression exercée par le col tuméfié qu'il faut principalement l'attribuer. Nous avons, en effet, trouvé que plus le col était dur et gonflé, plus cette dernière douleur avait d'intensité. Dans un certain nombre de cas, des *tiraillements* dans les tissus circonvoisins, résultant d'un ballottement de l'utérus, ne viennent se joindre à ces deux principales causes de douleur spontanée.

La *douleur provoquée* se manifeste dans la marche qu'elle rend quelquefois impossible. Nous avons vu une jeune femme qui est restée deux ans et demi sans pou-

voir faire un pas, et qui, après trois mois de traitement, a pu faire de longues courses en voiture et à pied. Les grands efforts musculaires rendent aussi cette douleur manifeste, et enfin le *toucher* peut la développer à un haut degré. Dans les déviations en avant, c'est la paroi antérieure du corps qui est douloureuse, souvent à un très haut degré, et dans les déviations postérieures, c'est la paroi postérieure. Le *palper abdominal* la développe également lorsque l'utérus est assez volumineux pour dépasser les pubis.

Dans tous les cas de déviations donnant lieu à des symptômes, nous avons trouvé l'utérus plus ou moins *engorgé*. C'est là ce qui justifie la proposition de M. Velpeau. Mais on aurait tort de croire avec quelques auteurs estimables que l'engorgement seul suffit pour produire les symptômes. Il est bon de s'entendre sur ce point. L'engorgement dans les utérus déviés contribue puissamment à la production des symptômes. On en trouve la preuve dans ce qui se passe dans les déviations congénitales où le déplacement ne manifeste son existence par aucun trouble tant que la matrice n'a pas subi l'influence d'une cause quelconque, n'a pas été excitée et n'a pas augmenté de volume. Mais, d'un autre côté, si la matrice n'était pas déviée, ces symptômes n'auraient pas lieu, au moins dans la très grande majorité des cas, et la preuve en est dans ce qui se passe lorsque le redressement de l'utérus a été opéré pour quelque temps, soit d'une manière définitive. Tant que l'organe reste dans sa direction normale, les symptômes locaux disparaissent plus ou moins complètement en tout ou en partie ; reprend-il sa position vicieuse, aussitôt on voit les symptômes se reproduire. Il y a des exceptions à cette règle, parce que chez certains malades les organes voisins ont été longtemps irrités par la compression, ont besoin d'un certain temps pour revenir à l'état normal, mais elle n'en sera pas moins évidente pour tous ceux qui observeront attentivement des cas traités par le redressement. Voici comment il faut résumer cette discussion : L'engorgement seul, pas plus que la déviation seule, ne peut, dans la grande majorité des cas, produire les symptômes propres aux déplacements, tandis que leur réunion les produit presque à coup sûr.

Nous avons trouvé une *leucorrhée* plus ou moins abondante chez tous les malades. Kiwisch avait déjà fait la même remarque.

Les *menstrues* sont souvent difficiles et douloureuses. Les malades sont sujettes à des *métrorrhagies*. Les règles sont abondantes, de longue durée, et parfois séparées par des intervalles très rapprochés, ce qui affaiblit beaucoup les malades et produit l'*anémie*. Quelquefois, au contraire, elles sont peu considérables et retardées dans leur apparition, mais le fait est rare. Pour nous, nous ne l'avons vu que dans un seul cas de rétroversion. La *suppression des règles* n'est guère plus fréquente, car nous ne l'avons vue que 2 fois sur 117 cas.

La *miction* est souvent fréquente et parfois douloureuse. Ce symptôme n'est pas particulier à l'antéversion, mais il s'observe bien plus fréquemment dans les déplacements en avant que dans les renversements en arrière. Ainsi dans les 68 premiers cas analysés, 22 fois la miction était troublée sur 35 cas de déviation antérieure, et 3 fois seulement sur 33 cas de déviation postérieure. Dans ces derniers cas, le col, volumineux et dur, était fortement porté en avant et comprimait le col de la vessie.

La *défection* est, d'un autre côté, notablement plus fréquente dans les déviations en arrière. Elle avait lieu, en effet, 23 fois sur 33 dans le premier cas, et

fois seulement sur 35 dans le second. Ce qui explique les troubles de la défécation dans les antéversions, c'est la pression du col volumineux de l'utérus qui pousse obliquement sur la partie inférieure du rectum.

Dans quelques circonstances, ces symptômes prennent une intensité extrême. On nous a vu des malades éprouver les plus vives douleurs en urinant, et d'autres avoir des selles douloureuses, composées en grande partie de mucus quelquefois sanguinolent.

Lorsque ces symptômes ont duré un certain temps, il survient d'autres phénomènes qui doivent être signalés.

La marche n'est pas rendue difficile par la douleur seulement. La faiblesse vient encore augmenter cette difficulté. Les malades se fatiguent très promptement ; elles ne peuvent pas rester longtemps debout, et au bout d'un certain temps elles éprouvent des douleurs dans les membres inférieurs.

[M. Nonat (1) signale des paralysies musculaires partielles, nées sous l'influence d'affections utérines ; elles seraient ordinairement incomplètes et affecteraient les muscles d'une jambe, d'un bras, de ces deux membres à la fois, les muscles du larynx, de façon à produire l'aphonie. MM. Martin (2), Einault (3) et Valleix (4), ainsi que de M. Nonat, M. R. Leroy (d'Étiolles) (5), Gallard (6), Trousseau (7), Garry (8) ont fait connaître des faits semblables, tandis que, d'un autre côté, Becquerel n'en parle nullement, et que M. Aran (9) dit qu'il lui est impossible d'admettre des paralysies purement sympathiques du système utérin, sans paralysie générale. Nous engageons le lecteur à prendre connaissance du chapitre de M. Nonat sur ce sujet.]

Parfois, en se couchant sur le dos ou sur le ventre, suivant l'espèce de déviation, ou se tournant sur un côté ou sur l'autre, les malades sentent un poids se déplacer, et ce déplacement est accompagné de douleur.

C'est surtout dans ces cas que se manifeste la douleur due au tiraillement qu'éprouvent les ligaments. Ainsi on observe, outre la douleur qui a son siège dans le point où se porte le corps de l'utérus, une douleur dans un point opposé, et l'on voit cette douleur s'exaspérer par le redressement de l'organe à l'aide de la sonde et par les grands mouvements du tronc.

Il ne faut pas confondre les douleurs précédentes avec les douleurs d'une autre nature qui se manifestent dans divers autres points du corps aussi bien que dans l'utérus. Ces dernières sont de nature névralgique et sont dues le plus souvent à une lésion de l'utérus. Ainsi on observe une névralgie lombo-abdominale et des névralgies intercostales reconnaissables à leurs points douloureux plus ou moins isolés, aux élancements, etc. Ce qui démontre que ces douleurs peuvent persister jusqu'à un certain point indépendantes, c'est qu'elles peuvent persister lors-

Loc. cit., page 381.

Thèse. Paris, 1851.

Thèse, Paris, 1857.

Thèse. Paris, 1855.

Des paralysies des membres inférieurs, des paraplegies, in-8°. Paris, 1856-57.

Thèse. Paris, 1855.

Gazette des hôpitaux, 1850, p. 342.

Moniteur des hôpitaux, 1853, p. 273.

Loc. cit., p. 147.

que l'utérus est redressé et que tous les autres symptômes ont disparu, et qu'elles cèdent alors aux moyens propres à combattre les névralgies.

M. Simpson a signalé particulièrement une douleur de nature névralgique qui se fait sentir sous le sein gauche. Cette douleur est fréquente, mais non constante, comme le pense cet habile médecin, et elle est due à une névralgie intercostale.

Des douleurs de la même nature peuvent exister dans d'autres parties du corps (face, membres); mais elles sont beaucoup moins fréquentes.

Enfin, nous signalerons l'*inappétence*, les *digestions* difficiles, douloureuses (gastralgie), le *dépérissement*, les *palpitations*, les *bruits de souffle dans les artères*, la *décoloration des tissus* (anémie).

Il faut joindre à ces symptômes ceux qui caractérisent l'*hystérie*, soit qu'il y ait de véritables *attaques* hystériques, soit que les malades n'éprouvent que cet état qu'on a appelé *hystéricisme*, et qui consiste dans de l'oppression, des spasmes, un malaise général, l'envie de pleurer, etc. Cet état est fréquent chez les malades affectées de déviation, et ce qui prouve qu'il appartient bien à ces affections, c'est qu'il disparaît après le redressement (*hystérie symptomatique*, Nonat).

Tels sont les symptômes qu'on peut assigner aux déviations considérées en général. Il en est d'autres encore, mais comme ils appartiennent plus particulièrement à certaines espèces, nous ne devons pas les mentionner ici, ayant à les décrire en détail en faisant l'histoire de chaque espèce en particulier.

*Conséquences des déviations.* — On a principalement cité l'*avortement* comme une des conséquences presque nécessaires de ces affections, mais l'examen des faits nous a démontré que l'avortement, quoique plus fréquent chez les femmes affectées de déviation, est beaucoup plus rare qu'on ne le croit communément.

Les *difficultés de l'accouchement* peuvent être considérables, ainsi que l'a prouvé M. Dezanneau pour l'antéversion, et il est plus que probable que dans les cas de déviation chez les femmes grosses, on a eu quelquefois affaire à des femmes qui avaient déjà l'utérus dévié au moment de la conception, de telle sorte que la position vicieuse de l'utérus les disposait aux symptômes si graves qu'elles devaient éprouver dès que l'organe aurait pris une certaine ampliation.

Quant à la *stérilité*, nous avons des données beaucoup plus précises. D'abord sur les 117 cas que nous avons rassemblés, la stérilité a existé 19 fois, ce qui est déjà un chiffre considérable chez des femmes jeunes et désirant pour la plupart avoir des enfants. Mais le fait devient bien plus frappant, si l'on considère que sur les 98 qui restent, 42 n'ont eu qu'un seul accouchement, bien que plusieurs d'entre elles eussent perdu leur premier enfant, et désirassent beaucoup en avoir d'autres. Il est une autre preuve, moins directe, il est vrai, de l'existence de la stérilité, mais qui cependant a sa valeur. Très souvent les femmes ne demandent les soins du médecin que dans l'espoir d'avoir des enfants qu'elles désirent depuis plusieurs années.

Enfin, dans les cas où les femmes sont devenues enceintes, l'*avortement* a été fréquent.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de ces affections est habituellement croissante et chronique. Ce n'est pas toutefois que, de loin en loin, il ne survienne des améliorations plus ou moins considérables; il est, au contraire, ordinaire de voir dans les observations, qu'à

certaines époques il est survenu, soit spontanément, soit sous l'influence des nombreux moyens employés, un bien-être relatif qui pouvait faire croire à une guérison prochaine. Mais en examinant la marche de la maladie d'une manière générale, on voit que, après ces améliorations de plus ou moins longue durée, l'état des organes est devenu plus grave qu'auparavant, en sorte que l'affection a fait des progrès réels. Lorsque les malades ont eu plusieurs enfants, la déviation peut remonter à l'avant-dernière couche, ou à une couche antérieure. Il arrive presque constamment que les symptômes, d'abord légers, ont pris un accroissement considérable à chaque nouvelle couche, ou en d'autres termes, que chaque couche nouvelle a accéléré la marche de la maladie. Cependant cette règle souffre des exceptions. Ainsi nous avons vu des malades qui, après une couche, se trouvaient beaucoup mieux, tandis que la plupart des autres voyaient, dans les mêmes circonstances, leurs accidents augmenter.

On ne peut se rendre compte de ces variations dans la marche de la maladie qu'en ayant égard à l'inflammation chronique qui accompagne ordinairement les déviations. C'est cette inflammation qui, sous l'influence des causes les plus diverses, peut s'accroître, diminuer, disparaître presque complètement, de telle sorte que les malades se croient guéries. Mais à la moindre fatigue, tous les accidents se reproduisent avec une nouvelle intensité, parce que la déviation elle-même a persisté.

La durée de la maladie est illimitée; un traitement efficace seul peut y mettre fin, au moins pendant tout le temps que l'utérus reste à l'état d'organe actif. Il peut se faire, en effet, que, la vieillesse arrivant, il s'atrophie et devienne léger, au point que sa position soit indifférente; mais il ne faut pas toujours compter sur cette terminaison, même à un âge avancé, car nous avons vu des femmes de soixante ans avoir encore des symptômes évidents de déviation, soit que des tumeurs situées dans les parois de l'organe aient entretenu une tuméfaction considérable, soit que ce fût le fait seul de la déviation, un état de phlegmasie chronique avec gonflement qui persisté malgré la cessation des menstrues.

On a cité des cas où la déviation s'est terminée par la mort, sans qu'on pût attribuer cette terminaison à aucune autre maladie; mais les faits de ce genre sont successivement rares, et sous ce rapport le pronostic doit être favorable. Il n'en est pas de même, à quelque autre point de vue qu'on envisage le pronostic. Nous avons cité plus haut celui qu'a porté M. Velpeau, et il est certain que, à moins de circonstances tout exceptionnelles, on peut dire que la maladie livrée à elle-même n'a aucune tendance à se terminer par la guérison. Les malades, en pareil cas, sont vouées à de longues souffrances; un traitement efficace peut seul les en délivrer.

## § V. — Lésions anatomiques.

Dans les autopsies on trouve, suivant MM. Rokitansky et Virchow (1), des renversements en avant, beaucoup plus fréquents qu'en arrière. Cela tient, sans aucun doute, à ce que l'antéversion, et surtout l'antéflexion, donnent moins fréquemment lieu à des symptômes un peu notables que les déviations postérieures; car sur le vivant, ainsi qu'on l'a vu plus haut, la différence n'est pas très considérable, bien qu'elle soit réelle.

(1) *Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe*, in Berlin, 1851.



Suivant ces auteurs, auxquels il faut joindre MM. Mayer (1), Sommer (2), et plusieurs autres, ce sont principalement les flexions qu'on rencontrerait sur le vivant, comme sur le cadavre. Mais ceci demande une explication. Selon M. Sommer, il faut distinguer la *courbure en forme d'arc* de la flexion proprement dite. Cette distinction est, en effet, très importante, et nous avons rangé la première forme dans les versions avec courbure. Cette distinction est importante, parce que dans la simple courbure, la consistance de l'utérus n'est pas diminuée, tandis que dans la flexion véritable, son tissu est ramolli dans le point où il est plié, et une de ces parois, celle qui est au fond de l'angle rentrant, est ordinairement amincie. Nous ferons connaître, en parlant de l'*ontéflexion*, la manière dont M. Virchow a expliqué la formation de cette flexion.

Ce ramollissement de l'utérus, dans le point de la flexion, a été signalé par Kiwisch, par M. Virchow, par M. Sommer, par M. Depaul, et nous en avons cité plusieurs exemples, dont un a été décrit dans nos leçons cliniques.

Lorsqu'il n'y a qu'une simple version, la paroi la plus déclive est habituellement engorgée et plus ou moins épaissie.

Le col de l'utérus est le plus souvent volumineux, et présente des érosions, des granulations qui occupent un plus ou moins grand espace autour de son orifice, et qui pénètrent dans son intérieur. Chez les femmes qui ont eu des enfants, l'orifice externe est béant, principalement dans les flexions. Quant à l'orifice interne, il est parfois étroit, mais bien moins fréquemment que ne l'ont avancé Kiwisch et M. Virchow. La facilité extrême avec laquelle nous avons introduit la sonde utérine dans presque tous les cas chez les femmes qui avaient eu des enfants, prouve que la coarctation de l'orifice interne n'est pas due, en général, à la déviation elle-même. L'orifice externe peut également être dans un état considérable de coarctation; mais cette disposition est surtout occasionnée par des cautérisations profondes et multipliées, à la suite desquelles s'est formé un tissu inodulaire dont la rétraction a bridé l'orifice.

Dans les cas où la coarctation de l'orifice du col est très considérable, il y a rétention des produits de la sécrétion. M. Virchow a vu la cavité utérine prendre une forme arrondie et contenir une quantité considérable de mucus dans lequel on trouvait une grande quantité de débris d'épithélium. Kiwisch a vu une véritable *hydrométrie* être causée par ce rétrécissement.

Dans les cas compliqués, on trouve des tumeurs fibreuses dans l'épaisseur des parois de l'organe, quelquefois des polypes, ou des productions de nature cancéreuse.

A l'extérieur de l'organe, on voit, dans un certain nombre de cas, des adhérences plus ou moins serrées de l'utérus avec les parties voisines, et qui résultent de péritonites partielles sur lesquelles M. Virchow a particulièrement insisté.

Enfin, les tissus voisins peuvent présenter des traces d'inflammation chronique de l'induration, des tumeurs, des relâchements, etc.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ces généralités, parce que la plupart des détails seront mieux placés dans l'histoire de quelques déviations en particulier.

(1) *Erfahrungen über das neue von Kiwisch erfundene Instrument*, etc., in *Verhandlungen der Gesellschaft*, etc., in Berlin, 1851.

(2) *Giessen*, 1850.

## § VI. — Diagnostic, pronostic.

*Toucher vaginal.* — En première ligne vient le toucher, et surtout le *toucher vaginal*. On ne peut se dispenser de l'employer pour le diagnostic des déviations, car il fournit des indications extrêmement utiles. Nous le pratiquons ordinairement, la femme étant debout, parce que, dans cette position, on apprécie mieux le degré de la déviation. D'ailleurs, les premiers symptômes se produisent surtout quand elle est debout; et il est important de connaître au juste quelle est alors la direction de l'utérus, cette direction pouvant n'être plus la même si la malade est couchée. Le doigt indicateur avec lequel on pratique le toucher doit suivre l'axe vaginal pour arriver jusqu'au col, et nous ne saurions trop vous recommander d'aller doucement, graduellement, sans chercher à vouloir arriver d'emblée sur le col, et surtout de bien éviter de repousser trop fortement les parties et d'occasionner de la douleur.

Si le doigt indicateur ne pouvait atteindre le col, il serait bon d'introduire en même temps le médius, qui, ayant un centimètre environ de plus en longueur, serait d'explorer à une plus grande profondeur.

Certains auteurs ont conseillé de chercher à pénétrer plus avant, en faisant appuyer au coude un point d'appui sur la hanche et sur le genou. Mais c'est alors qu'il faut que l'on doive aller avec beaucoup de lenteur et de ménagement. Il ne faut jamais se préoccuper exclusivement du soin de rencontrer le col, mais bien, au contraire, chercher à se rendre compte de tout ce qui se présente sous le

doigt. Reconnaissons d'abord ce que l'on trouve, à l'aide du toucher, *quand l'utérus est à sa position normale*, afin d'avoir un point de comparaison.

Si l'utérus occupe sa position normale, on rencontre d'abord la lèvre antérieure, immédiatement au-dessus, l'ouverture du col qu'il est très facile d'atteindre. En avançant le doigt en avant, on trouve la face antérieure du col se continuant sûrement avec la face antérieure du corps qui ne peut être complètement suivie, car celle-ci qui se dirige obliquement en haut et en avant, en s'inclinant vers la paroi vaginale antérieure, comme pour aller la rejoindre. En avant du corps, on sent une résistance molle particulière à l'intestin. La vessie, distendue par l'urine, peut donner une sensation de fluctuation, et quelquefois être assez volumineuse pour se sentir à l'exploration; il faut alors la vider en sondant la malade si elle ne peut pas le faire spontanément.

Après l'ouverture du col, le doigt rencontre la lèvre postérieure derrière laquelle se trouve le cul-de-sac du vagin, dans lequel on pénètre suivant la face postérieure du col. Le doigt ne peut atteindre plus loin que la réunion du col avec le corps, et tout à fait en arrière on ne trouve plus rien, on sent seulement la résistance molle particulière à l'intestin, à moins, toutefois, que des matières fécales étant accumulées dans le rectum, on n'en apprécie la résistance à travers la paroi rectovaginale.

Maintenant que vous êtes bien pénétrés des principes que nous venons de vous exposer, il vous sera facile d'en faire l'application à l'exploration des déviations de l'utérus. Il est évident, en effet, que dans les déviations du col, le doigt, en pratiquant le toucher, rencontrera plus cette partie dans la même position, ou bien si c'est la direction

du corps qui a changé, on pourra sentir des angles saillants ou rentrants situés en divers points ; mais ce sont là des différences sur lesquelles j'insisterai plus spécialement en parlant de chaque espèce de déviation en particulier.

Le toucher permet encore de constater l'état du col, son volume, sa consistance, sa température, sa conformation extérieure. Y a-t-il des granulations ou des ulcérations ? L'ouverture est-elle régulière ou non ? C'est ce dont il faut s'assurer. Enfin le doigt ne sera pas retiré du vagin sans avoir imprimé des mouvements au col, afin de faire basculer l'utérus pour savoir s'il se meut facilement, si les tumeurs qui l'environnent sont souples, s'il n'a pas contracté d'adhérences anormales avec les parties voisines, s'il ne se plie pas quand on veut le déplacer, s'il n'est pas plus lourd qu'il ne devrait l'être.

Il est également très important de chercher à saisir avec l'autre main le fond de l'organe à travers la paroi abdominale, pendant que le doigt introduit dans le vagin, soulève le col, ce qui aide à apprécier le volume de l'utérus et aussi sa direction.

2° *Toucher rectal.* — Quant au toucher rectal, vous verrez plus tard que pour l'antéversion et l'antéflexion il ne nous apprend que peu de chose, et que pour la rétroversion et la rétroflexion, s'il est quelquefois utile, il peut souvent aussi être négligé sans inconvénient. Vous aurez donc soin de ne le pratiquer que lorsque vous paraîtra indispensable ; car avant tout, messieurs, il faut songer, dans la pratique, à retrancher de ces sortes d'explorations tout ce qui ne nous est pas absolument nécessaire pour arriver à un diagnostic précis.

Le doigt, introduit dans le rectum quand l'utérus occupe sa position normale, ne sent rien de différent de ce qu'on rencontre en arrière du col par le toucher vaginal ; seulement comme il peut atteindre plus haut, il peut suivre également un peu plus haut la direction de l'organe. Dans le cas de déviation, on sent l'extrémité du col s'il s'agit d'une antéversion, ou la tumeur globuleuse formée par le corps s'il s'agit d'une rétroversion ou d'une rétroflexion. Mais ce sont des points sur lesquels nous reviendrons en détail.

3° *Examen à l'aide du spéculum.* — Nous ne négligerons pas, ainsi que je vous l'ai déjà dit, l'emploi du spéculum comme moyen de diagnostic dans les cas de déviations de l'utérus, et nous employons de préférence le *spéculum plein* ou un *spéculum à développement*, à trois ou quatre valves, qui, une fois ouvert, simule le spéculum plein. Le spéculum bivalve ne peut être utilement employé, selon nous, dans ces cas où il est important surtout de savoir comment se présente le col de l'utérus dans le champ de l'instrument. Les deux valves, en effet, s'écartent en décrivant chacune un arc de cercle, dont le centre est auprès de la vulve à leur articulation, et le mouvement qui en résulte peut suffire, si l'utérus est mobile, pour changer la direction suivant laquelle il va se présenter.

Le spéculum sera introduit lentement avec précaution, et suivant la direction de l'axe du vagin. Ne cherchez pas, encore moins que dans le toucher, à tomber directement et d'emblée sur le col ou à vouloir toujours le saisir en dirigeant votre spéculum de manière à aller le chercher dans un autre point, si vous ne l'avez pas trouvé à sa place habituelle. La nécessité de cette manœuvre, qui, je vous l'ai déjà dit, avait frappé sans qu'on en comprît toute la portée, est toujours due à une déviation.

en pareil cas vous saisissiez le col de l'utérus, ce n'est qu'après l'avoir saisi, et il ne vous est plus possible alors d'apprécier sa situation réelle, et vous vous en rendrez parfaitement compte en agissant de la manière suivante :

Dès que votre spéculum aura dépassé l'orifice du vagin, il faut retirer l'émbase, les parois du vagin étant constamment adossées l'une contre l'autre, et l'émbase se dépliera sur l'extrémité de l'instrument, en formant une espèce de bague dont le centre se trouve nécessairement situé dans l'axe du vagin. Cette bague semblera s'éloigner à mesure que le spéculum avancera, et si vous avez bien maintenu continuellement le centre au milieu même du champ du spéculum, vous resterez forcément dans l'axe même du vagin. En procédant ainsi, vous verrez sur le col, qui, dans la position normale de l'utérus, ne se présente directement à vous ; mais vous devez vous le rappeler, l'axe de l'utérus ne coïncide pas avec celui du vagin, mais fait avec ce dernier un angle obtus ouvert en arrière, il en résulte que le col doit se présenter plutôt par sa face antérieure que par sa face postérieure, et l'on voit, en effet, toute la lèvre antérieure. Quant à l'orifice externe, il est situé plus en arrière.

C'est la présentation normale du col de l'utérus. Quand vous ne le trouvez pas dans cette position, soyez sûr qu'il existe une déviation. Si, par exemple, l'orifice externe se montre au centre même de la portion apparente du col, celui-ci est en position avant, comme cela a lieu dans quelques cas de rétroversion, et cette déviation sera plus marquée encore si l'orifice se rapproche davantage de la paroi antérieure du spéculum.

Dans le dernier cas, on voit tout d'abord une grande étendue de la face postérieure du col. Si, au contraire, on aperçoit une grande étendue de sa face antérieure, et si l'orifice externe va se cacher profondément vers la paroi postérieure du vagin, il est probable que l'on a affaire à une antéversion, parce que, dans ces flexions, le corps ne suit plus l'axe du col, et que, n'apercevant que le col, on ne peut pas encore savoir s'il s'agit d'une version ou d'une flexion. Le fait de constater qu'il existe une déviation, ce qui a son importance ; à lui seul, on ne peut pas en faire distinguer exactement l'espèce.

Dans les déviations latérales, l'orifice externe, qui, normalement, est situé sur la ligne médiane, s'incline vers le côté opposé à la déviation, et l'on peut voir très facilement, dans le champ du spéculum, une plus ou moins grande étendue d'une des faces latérales du col.

En examinant la situation du col à l'aide du spéculum, on ne doit pas négliger de noter son volume, sa coloration, ainsi que l'état de son ouverture, et de constater la présence ou l'absence des diverses altérations qu'il peut présenter. Comme le recommande M. Bennet, on emploie le spéculum bivalve pour écarter les lèvres du vagin et pénétrer sa cavité à une certaine profondeur ; ceci ne peut être fait que dans le cas où le col est déjà large et suffisamment entr'ouvert, soit par suite d'une inflammation, soit après de nombreux accouchements antérieurs.

*Hétérisme utérin.* — Si par le toucher et le spéculum nous pouvons réunir des données nombreuses et utiles pour le diagnostic, à l'aide de la sonde nous pouvons arriver à un diagnostic précis, rigoureux. M. Simpson, qui, en même temps que Kiwisch, en a fait usage d'une façon méthodique, employait une sonde

point où était fixée la masse placentaire. Le fait est exact, puisqu'il a été observé par un praticien si distingué; mais la production d'une flexion dans un utérus resté flasque pouvant admettre une tout autre explication, celle que donne M. Mayer demande peut-être de nouvelles preuves.

La *marche trop prompte* après l'accouchement a été universellement regardée comme une cause des plus évidentes. Cependant elle n'a eu lieu que dans une très petite minorité des cas, et d'un autre côté, presque toujours la déviation n'a manifesté ses symptômes qu'un ou plusieurs mois après la première sortie des accouchées. On voit quelquefois la déviation se produire si promptement chez des femmes qui ont marché trop tôt, que la relation de cause à effet paraît manifeste.

Une cause dont on ne peut méconnaître l'influence, et qui a été signalée par tous les observateurs, consiste dans les *grands efforts musculaires*, les *chutes*, le *cahot d'une voiture*. Il arrive, en effet, quelquefois que, dans un violent effort pour soulever un fardeau, dans une chute sur les pieds ou sur le siège, dans une secousse brusque, quelle qu'en soit la cause, la femme ressent dans le bassin une sensation de douleur plus ou moins vive, de tiraillement, de craquement, etc., et dès ce moment, les symptômes de déviation se manifestent pour ne plus disparaître. En pareil cas, l'action de la cause est évidente.

Quand on interroge avec soin les malades, on apprend que, dans un certain nombre de cas, elles ont eu du côté du bassin des symptômes d'*inflammation* ordinairement désignés sous le nom d'*inflammation d'entrailles ou d'intestins*. Quand même l'anatomie pathologique, et en particulier les recherches de MM. Rokitsky et Virchow, ne nous apprendraient pas que souvent l'utérus contracte des adhérences avec les parties voisines et subit des déformations qui occasionnent des renversements, nous ne pourrions pas douter que ces affections ne fussent des inflammations de l'utérus et de ses annexes; car le siège de la maladie, les tumeurs douloureuses qu'on a observées, les suppurations, les symptômes particuliers signalés par les malades, ne peuvent laisser aucun doute sur ce point.

Dans ces cas, les déviations sont dues à des causes diverses. L'*utérus est-il enflammé* généralement, il augmente de volume, perd son équilibre et se dévie. Un traitement approprié, en ramenant l'utérus à son volume, fait parfois cesser la déviation et prouve que cette cause est réelle. L'*organe est-il enflammé partiellement*, la paroi atteinte se gonfle, augmente de poids et l'entraîne de son côté.

Y a-t-il eu une *péritonite partielle*, il se forme des adhérences sur lesquelles nous reviendrons à l'occasion de l'anatomie pathologique, et la matrice est attirée et fixée de leur côté. L'existence possible de cette cause doit toujours être présente à l'esprit, car en faisant de trop grands efforts pour redresser l'utérus, on pourrait rompre ou érailler ces adhérences, et l'on comprend quels accidents il en résulterait. Virchow a principalement insisté sur cette cause de déviation; mais, ainsi que le fait remarquer M. Mayer, la curabilité des déviations prouve qu'il en a exagéré la fréquence et l'importance. L'*utérus est-il ramolli*, les flexions se produisent avec facilité et quelquefois sont multiples. Enfin, *les tissus circonvoisins ont-ils été enflammés*, il peut en résulter des indurations, la formation de tissus cicatriciels, une rétraction plus ou moins grande, et l'entraînement de la matrice de ce côté.

L'*utérus peut encore* être dévié par la pression de *diverses tumeurs* qui se for-

ent dans le voisinage. Ainsi les *tumeurs sanguines* qui le repoussent en avant, *tumeurs de l'ovaire*, etc. Il suffit de connaître la situation des parties pour comprendre ce qui doit arriver en pareil cas.

### § III. — Symptômes.

Tous les auteurs ont signalé des déviations qui ne donnent lieu à aucun symptôme. Ce sont surtout les déviations congénitales qui sont dans ce cas, tant qu'une excitation quelconque, une des causes occasionnelles signalées ne vient à placer l'utérus dans les conditions où il peut, en comprimant les organes voisins, en gênant le jeu de leurs fonctions, produire les douleurs diverses que je vais connaître plus loin. En pareil cas, c'est surtout après l'excitation produite par les premiers rapports sexuels que se manifestent les symptômes, qui peuvent aussi être produits par les efforts, les chutes, une métrite vaginite contagieuse ou non. Mais le plus souvent les déviations se présentent à notre observation avec un cortège de symptômes caractéristiques que nous allons exposer.

*Début.* — Le début est ordinairement graduel. Les malades éprouvent d'abord de la gêne dans le bas-ventre, des douleurs traversant le bassin, occupant les aines, le sacrum ; puis une pesanteur se fait sentir vers le périnée, l'anus ou l'hypogastre, suivant la déviation ; ensuite surviennent la difficulté de la marche, la faiblesse, le trouble des digestions, et la maladie est confirmée.

*Symptômes de la maladie confirmée.* — Le symptôme le plus fréquent est la *douleur spontanée*. Sur les 117 cas que nous avons rassemblés, elle n'a manqué qu'une fois, et encore a-t-elle été remplacée par une sensation particulière dans le moment de la miction. Il s'agissait d'une antéversion ; dans la marche, les mouvements de toute espèce, le coït, il n'y avait pas douleur ; mais si la malade était restée un peu longtemps sans uriner, dès que la vessie se vidait, elle sentait un poids qui tombait brusquement sur les pubis et qui occasionnait une sensation générale des plus désagréables. Cette exception ne doit donc pas nous empêcher d'indiquer l'existence de la douleur spontanée comme une règle générale.

Cette douleur, qui occupe les différents points du bassin : hypogastre, aines, lombes, sacrum, n'est pas toujours en rapport avec la direction vicieuse de l'utérus, mais il en est souvent ainsi. On voit, par exemple, dans les 68 premiers faits que nous avons analysés, la douleur exister en avant 29 fois sur 35 cas dans les déviations antérieures (antéversion et antéflexion) ; et seulement 16 fois sur 33 cas dans les déviations postérieures (rétroversion et rétroflexion) ; tandis que dans tous les cas de déviations postérieures elle occupait les lombes ou le sacrum, ce qui n'avait lieu que 13 fois sur 35 dans les cas de déviation antérieure.

La douleur est principalement produite par la pression qu'exerce le corps dévié sur les parties voisines, et s'il existe en même temps une douleur dans un point déterminé, c'est à la pression exercée par le col tuméfié qu'il faut principalement l'attribuer. Nous avons, en effet, trouvé que plus le col était dur et gonflé, plus cette dernière douleur avait d'intensité. Dans un certain nombre de cas, des *tiraillements* dans les tissus circonvoisins, résultant d'un ballonnement de l'utérus, ne viennent se joindre à ces deux principales causes de douleur spontanée.

La *douleur provoquée* se manifeste dans la marche qu'elle rend quelquefois impossible. Nous avons vu une jeune femme qui est restée deux ans et demi sans pou-



voir faire un pas, et qui, après trois mois de traitement, a pu faire de longues courses en voiture et à pied. Les grands efforts musculaires rendent aussi cette douleur manifeste, et enfin le *toucher* peut la développer à un haut degré. Dans les déviations en avant, c'est la paroi antérieure du corps qui est douloureuse, souvent à un très haut degré, et dans les déviations postérieures, c'est la paroi postérieure. Le *palper abdominal* la développe également lorsque l'utérus est assez volumineux pour dépasser les pubis.

Dans tous les cas de déviations donnant lieu à des symptômes, nous avons trouvé l'utérus plus ou moins *engorgé*. C'est là ce qui justifie la proposition de M. Velpeau. Mais on aurait tort de croire avec quelques auteurs estimables que l'engorgement seul suffit pour produire les symptômes. Il est bon de s'entendre sur ce point. L'engorgement dans les utérus déviés contribue puissamment à la production des symptômes. On en trouve la preuve dans ce qui se passe dans les déviations congénitales où le déplacement ne manifeste son existence par aucun trouble tant que la matrice n'a pas subi l'influence d'une cause quelconque, n'a pas été excitée et n'a pas augmenté de volume. Mais, d'un autre côté, si la matrice n'était pas déviée, ces symptômes n'auraient pas lieu, au moins dans la très grande majorité des cas, et la preuve en est dans ce qui se passe lorsque le redressement de l'utérus a été opéré pour quelque temps, soit d'une manière définitive. Tant que l'organe reste dans sa direction normale, les symptômes locaux disparaissent plus ou moins complètement en tout ou en partie ; reprend-il sa position vicieuse, aussitôt on voit les symptômes se reproduire. Il y a des exceptions à cette règle, parce que chez certains malades les organes voisins ont été longtemps irrités par la compression, ont besoin d'un certain temps pour revenir à l'état normal, mais elle n'en sera pas moins évidente pour tous ceux qui observeront attentivement des cas traités par le redressement. Voici comment il faut résumer cette discussion : L'engorgement seul, pas plus que la déviation seule, ne peut, dans la grande majorité des cas, produire les symptômes propres aux déplacements, tandis que leur réunion les produit presque à coup sûr.

Nous avons trouvé une *leucorrhée* plus ou moins abondante chez tous les malades. Kiwisch avait déjà fait la même remarque.

Les *menstrues* sont souvent difficiles et douloureuses. Les malades sont sujettes à des *métrorrhagies*. Les règles sont abondantes, de longue durée, et parfois séparées par des intervalles très rapprochés, ce qui affaiblit beaucoup les malades et produit l'*anémie*. Quelquefois, au contraire, elles sont peu considérables et retardées dans leur apparition, mais le fait est rare. Pour nous, nous ne l'avons vu que dans un seul cas de rétroversion. La *suppression des règles* n'est guère plus fréquente, car nous ne l'avons vue que 2 fois sur 117 cas.

La *miction* est souvent fréquente et parfois douloureuse. Ce symptôme n'est pas particulier à l'antéversion, mais il s'observe bien plus fréquemment dans les déplacements en avant que dans les renversements en arrière. Ainsi dans les 68 premiers cas analysés, 22 fois la miction était troublée sur 35 cas de déviation antérieure, et 3 fois seulement sur 33 cas de déviation postérieure. Dans ces derniers cas, le col, volumineux et dur, était fortement porté en avant et comprimait le col de la vessie.

La *défécation* est, d'un autre côté, notablement plus fréquente dans les déviations en arrière. Elle avait lieu, en effet, 23 fois sur 33 dans le premier cas, et

fois seulement sur 35 dans le second. Ce qui explique les troubles de la défécation dans les antéversions, c'est la pression du col volumineux de l'utérus qui s'appuie obliquement sur la partie inférieure du rectum.

Dans quelques circonstances, ces symptômes prennent une intensité extrême. Ainsi nous avons vu des malades éprouver les plus vives douleurs en urinant, et d'autres avoir des selles douloureuses, composées en grande partie de mucus quelquefois sanguinolent.

Lorsque ces symptômes ont duré un certain temps, il survient d'autres phénomènes qui doivent être signalés.

La marche n'est pas rendue difficile par la douleur seulement. La faiblesse vient encore augmenter cette difficulté. Les malades se fatiguent très promptement ; elles ne peuvent pas rester longtemps debout, et au bout d'un certain temps elles éprouvent des douleurs dans les membres inférieurs.

[M. Nonat (1) signale des paralysies musculaires partielles, nées sous l'influence d'affections utérines ; elles seraient ordinairement incomplètes et affecteraient les membres d'une jambe, d'un bras, de ces deux membres à la fois, les muscles du larynx, de façon à produire l'aphonie. MM. Martin (2), Einault (3) et Valleix (4), d'après M. Nonat, M. R. Leroy (d'Étiolles) (5), Gallard (6), Trousseau (7), Gubry (8) ont fait connaître des faits semblables, tandis que, d'un autre côté, Becquerel n'en parle nullement, et que M. Aran (9) dit qu'il lui est impossible d'admettre des paralysies purement sympathiques du système utérin, sans paralysie générale. Nous engageons le lecteur à prendre connaissance du chapitre de M. Nonat sur ce sujet.]

Parfois, en se couchant sur le dos ou sur le ventre, suivant l'espèce de déviation, ou se tournant sur un côté ou sur l'autre, les malades sentent un poids se déplacer, et ce déplacement est accompagné de douleur.

C'est surtout dans ces cas que se manifeste la douleur due au tiraillement qu'éprouvent les ligaments. Ainsi on observe, outre la douleur qui a son siège dans le point où se porte le corps de l'utérus, une douleur dans un point opposé, et l'on voit cette douleur s'exaspérer par le redressement de l'organe à l'aide de la sonde utérine et par les grands mouvements du tronc.

Il ne faut pas confondre les douleurs précédentes avec les douleurs d'une autre nature qui se manifestent dans divers autres points du corps aussi bien que dans le bassin. Ces dernières sont de nature névralgique et sont dues le plus souvent à l'anémie autant qu'à l'état de l'utérus. Ainsi on observe une névralgie lombo-abdominale et des névralgies intercostales reconnaissables à leurs points douloureux plus ou moins isolés, aux élancements, etc. Ce qui démontre que ces douleurs sont jusqu'à un certain point indépendantes, c'est qu'elles peuvent persister lors-

(1) *Loc. cit.*, page 381.

(2) *Thèse*. Paris, 1851.

(3) *Thèse*. Paris, 1857.

(4) *Thèse*. Paris, 1855.

(5) *Des paralysies des membres inférieurs, des paraplegies*, in-8°. Paris, 1856-57.

(6) *Thèse*. Paris, 1858.

(7) *Gazette des hôpitaux*, 1850, p. 342.

(8) *Moniteur des hôpitaux*, 1853, p. 273.

(9) *Loc. cit.*, p. 147.

que l'utérus est redressé et que tous les autres symptômes ont disparu, et qu'elles cèdent alors aux moyens propres à combattre les névralgies.

M. Simpson a signalé particulièrement une douleur de nature névralgique qui se fait sentir sous le sein gauche. Cette douleur est fréquente, mais non constante ; comme le pense cet habile médecin, et elle est due à une névralgie intercostale.

Des douleurs de la même nature peuvent exister dans d'autres parties du corps (face, membres) ; mais elles sont beaucoup moins fréquentes.

Enfin, nous signalerons l'*inappétence*, les *digestions* difficiles, douloureuses (gastralgie), le *dépérissement*, les *palpitations*, les *bruits de souffle dans les artères*, la *décoloration des tissus* (anémie).

Il faut joindre à ces symptômes ceux qui caractérisent l'*hystérie*, soit qu'il y ait de véritables *attaques* hystériques, soit que les malades n'éprouvent que cet état qu'on a appelé *hystéricisme*, et qui consiste dans de l'oppression, des spasmes, un malaise général, l'envie de pleurer, etc. Cet état est fréquent chez les malades affectées de déviation, et ce qui prouve qu'il appartient bien à ces affections, c'est qu'il disparaît après le redressement (*hystérie symptomatique*, Nonat).

Tels sont les symptômes qu'on peut assigner aux déviations considérées en général. Il en est d'autres encore, mais comme ils appartiennent plus particulièrement à certaines espèces, nous ne devons pas les mentionner ici, ayant à les décrire en détail en faisant l'histoire de chaque espèce en particulier.

*Conséquences des déviations.* — On a principalement cité l'*avortement* comme une des conséquences presque nécessaires de ces affections, mais l'examen des faits nous a démontré que l'avortement, quoique plus fréquent chez les femmes affectées de déviation, est beaucoup plus rare qu'on ne le croit communément.

Les *difficultés de l'accouchement* peuvent être considérables, ainsi que l'a prouvé M. Dezanneau pour l'antéversion, et il est plus que probable que dans les cas de déviation chez les femmes grosses, on a eu quelquefois affaire à des femmes qui avaient déjà l'utérus dévié au moment de la conception, de telle sorte que la position vicieuse de l'utérus les disposait aux symptômes si graves qu'elles devaient éprouver dès que l'organe aurait pris une certaine ampliation.

Quant à la *stérilité*, nous avons des données beaucoup plus précises. D'abord sur les 117 cas que nous avons rassemblés, la stérilité a existé 19 fois, ce qui est déjà un chiffre considérable chez des femmes jeunes et désirant pour la plupart avoir des enfants. Mais le fait devient bien plus frappant, si l'on considère que sur les 98 qui restent, 42 n'ont eu qu'un seul accouchement, bien que plusieurs d'entre elles eussent perdu leur premier enfant, et désirassent beaucoup en avoir d'autres. Il est une autre preuve, moins directe, il est vrai, de l'existence de la stérilité, mais qui cependant a sa valeur. Très souvent les femmes ne demandent les soins du médecin que dans l'espoir d'avoir des enfants qu'elles désirent depuis plusieurs années.

Enfin, dans les cas où les femmes sont devenues enceintes, l'*avortement* a été fréquent.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de ces affections est habituellement croissante et chronique. Ce n'est pas toutefois que, de loin en loin, il ne survienne des améliorations plus ou moins considérables ; il est, au contraire, ordinaire de voir dans les observations, qu'à

à l'aide de *pessaires pleins* poussés dans le fond du vagin, entre l'utérus et la paroi pour les déviations en avant, et entre l'utérus et la vessie pour les déviations en arrière. Cette pratique a été très souvent imitée, soit qu'on ait introduit de véritables pessaires, soit qu'on ait placé tout simplement des *éponges*, des *bourdonnets de charpie*, des *morceaux de liège*.

Il est évident que par ces moyens on agit presque exclusivement sur le col, que peuvent-ils lorsqu'il s'agit d'une flexion, et que, par conséquent, le col ne peut pas suivre les mouvements imprimés au col? Que peuvent-ils également lorsque l'utérus est mou, et que l'impulsion donnée à une de ces parties ne se communique pas aux autres?

Les pessaires de M. Hervez de Chégoin ont, il est vrai, un appendice destiné à agir sur le corps; mais cette action est nécessairement très bornée, et c'est plutôt un moyen de sustentation qui s'oppose à ce que l'utérus pèse sur les parties déviées, qu'un redressement véritable.

On ne saurait nier cependant que ces moyens ne produisent de bons effets lorsqu'ils peuvent être supportés un temps assez long; mais il nous faudrait des observations bien détaillées pour nous montrer leur valeur comme traitement radical.

Quant à leurs inconvénients, on sait que fréquemment les femmes sont obligées de renoncer à ces corps étrangers, et M. Piachaud (1) a signalé un résultat désavantageux des pessaires qui n'agissent que sur le col. Ayant, dans une antéflexion, porté un bourdonnet de charpie entre le col de l'utérus et le rectum, il a vu quelque temps après que le col seul avait été repoussé en avant, et que, par conséquent, il s'était produit une antéflexion. On avait fait usage d'un taponnet de charpie et non d'un pessaire; mais l'action est évidemment la même.

*Pessaires de baleine de M. Mayer.* — Le docteur Mayer, de Berlin, avait inventé un instrument fort simple qu'il appliquait principalement aux chutes de l'utérus, et que nous avons appliqué aux déviations. Il consiste dans une tige de baleine en forme de spatule et munie d'une éponge à sa petite extrémité. Sa grande extrémité est percée de deux chas dans lesquels on passe un ruban de fil pour la fixer à la ceinture. L'extrémité munie d'une éponge étant introduite dans le fond du vagin, en avant ou en arrière, suivant l'espèce de déviation, on recourbe la baleine qui vient se fixer sur l'abdomen à l'aide de la ceinture de ruban de fil. Nous avons obtenu, à l'aide de ce moyen, qu'une seule guérison, et M. Mayer ne l'emploie pas contre les déviations, mais bien le redresseur de Kiwisch dont nous donnerons plus loin la description et qu'il a avantageusement modifié.

*Traitement par adhérences du col du vagin.* — M. Amussat (2), n'ayant obtenu de véritables succès à l'aide des moyens mis généralement en usage, a eu l'idée de provoquer des adhérences entre le col et la paroi du vagin vers laquelle le corps est dévié. Pour cela il cautérise avec le caustique de Vienne solidifié la muqueuse du col et du vagin, et rapproche ces parties l'une de l'autre. Il faut, pour que ce procédé puisse être utile : 1° qu'il n'y ait qu'une simple version; 2° que le tissu de l'utérus soit assez ferme pour que les mouvements imprimés au col se transmettent au corps; 3° enfin que le vagin ne soit pas assez flasque pour que

(1) Thèse citée.

(2) Bull. gén. de thérapeutique.

Suivant ces auteurs, auxquels il faut joindre MM. Mayer (1), Sommer (2), et plusieurs autres, ce sont principalement les flexions qu'on rencontrerait sur le vivant, comme sur le cadavre. Mais ceci demande une explication. Selon M. Sommer, il faut distinguer la *courbure en forme d'arc* de la flexion proprement dite. Cette distinction est, en effet, très importante, et nous avons rangé la première forme dans les versions avec courbure. Cette distinction est importante, parce que dans la simple courbure, la consistance de l'utérus n'est pas diminuée, tandis que dans la flexion véritable, son tissu est ramolli dans le point où il est plié, et une de ces parois, celle qui est au fond de l'angle rentrant, est ordinairement amincie. Nous ferons connaître, en parlant de l'*antéflexion*, la manière dont M. Virchow a expliqué la formation de cette flexion.

Ce ramollissement de l'utérus, dans le point de la flexion, a été signalé par Kiwisch, par M. Virchow, par M. Sommer, par M. Depaul, et nous en avons cité plusieurs exemples, dont un a été décrit dans nos leçons cliniques.

Lorsqu'il n'y a qu'une simple version, la paroi la plus déclive est habituellement engorgée et plus ou moins épaissie.

Le col de l'utérus est le plus souvent volumineux, et présente des érosions, des granulations qui occupent un plus ou moins grand espace autour de son orifice, et qui pénètrent dans son intérieur. Chez les femmes qui ont eu des enfants, l'orifice externe est béant, principalement dans les flexions. Quant à l'orifice interne, il est parfois étroit, mais bien moins fréquemment que ne l'ont avancé Kiwisch et M. Virchow. La facilité extrême avec laquelle nous avons introduit la sonde utérine dans presque tous les cas chez les femmes qui avaient eu des enfants, prouve que la coarctation de l'orifice interne n'est pas due, en général, à la déviation elle-même. L'orifice externe peut également être dans un état considérable de coarctation; mais cette disposition est surtout occasionnée par des cautérisations profondes et multipliées, à la suite desquelles s'est formé un tissu inodulaire dont la rétraction a bridé l'orifice.

Dans les cas où la coarctation de l'orifice du col est très considérable, il y a rétention des produits de la sécrétion. M. Virchow a vu la cavité utérine prendre une forme arrondie et contenir une quantité considérable de mucus dans lequel on trouvait une grande quantité de débris d'épithélium. Kiwisch a vu une véritable *hydrométrie* être causée par ce rétrécissement.

Dans les cas compliqués, on trouve des tumeurs fibreuses dans l'épaisseur des parois de l'organe, quelquefois des polypes, ou des productions de nature cancéreuse.

A l'extérieur de l'organe, on voit, dans un certain nombre de cas, des adhérences plus ou moins serrées de l'utérus avec les parties voisines, et qui résultent de péritonites partielles sur lesquelles M. Virchow a particulièrement insisté.

Enfin, les tissus voisins peuvent présenter des traces d'inflammation chronique de l'induration, des tumeurs, des relâchements, etc.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ces généralités, parce que la plupart des détails seront mieux placés dans l'histoire de quelques déviations en particulier.

(1) *Erfahrungen über das neue von Kiwisch erfundene Instrument*, etc., in *Verhandlungen der Gesellschaft*, etc., in Berlin, 1851.

(2) *Giessen*, 1850.

## § VI. — Diagnostie, pronostic.

1° *Toucher vaginal.* — En première ligne vient le toucher, et surtout le *toucher vaginal*. On ne peut se dispenser de l'employer pour le diagnostic des déviations utérines, car il fournit des indications extrêmement utiles. Nous le pratiquons d'abord, la femme étant debout, parce que, dans cette position, on apprécie mieux le degré de la déviation. D'ailleurs, les premiers symptômes se produisent surtout quand elle est debout; et il est important de connaître au juste quelle est alors la direction de l'utérus, cette direction pouvant n'être plus la même si la malade est couchée. Le doigt indicateur avec lequel on pratique le toucher doit suivre l'axe du vagin pour arriver jusqu'au col, et nous ne saurions trop vous recommander d'aller doucement, graduellement, sans chercher à vouloir arriver d'emblée sur le col, et surtout de bien éviter de repousser trop fortement les parties et d'occasionner de la douleur.

Si le doigt indicateur ne pouvait atteindre le col, il serait bon d'introduire en même temps le médius, qui, ayant un centimètre environ de plus en longueur, permettrait d'explorer à une plus grande profondeur.

Certains auteurs ont conseillé de chercher à pénétrer plus avant, en faisant prendre au coude un point d'appui sur la hanche et sur le genou. Mais c'est alors surtout que l'on doit aller avec beaucoup de lenteur et de ménagement. Il ne faut surtout jamais se préoccuper exclusivement du soin de rencontrer le col, mais bien au contraire, chercher à se rendre compte de tout ce qui se présente sous le doigt.

Rappelons d'abord ce que l'on trouve, à l'aide du toucher, *quand l'utérus est à l'état normal*, afin d'avoir un point de comparaison.

Si l'utérus occupe sa position normale, on rencontre d'abord la lèvre antérieure, puis, immédiatement au-dessus, l'ouverture du col qu'il est très facile d'atteindre. En portant le doigt en avant, on trouve la face antérieure du col se continuant supérieurement avec la face antérieure du corps qui ne peut être complètement suivie, et qui se dirige obliquement en haut et en avant, en s'inclinant vers la paroi lombinale antérieure, comme pour aller la rejoindre. En avant du corps, on sent une résistance molle particulière à l'intestin. La vessie, distendue par l'urine, peut donner une sensation de fluctuation, et quelquefois être assez volumineuse pour gêner l'exploration; il faut alors la vider en sondant la malade si elle ne peut pas uriner spontanément.

En arrière de l'ouverture du col, le doigt rencontre la lèvre postérieure derrière laquelle se trouve le cul-de-sac du vagin, dans lequel on pénètre suivant la face postérieure du col. Le doigt ne peut atteindre plus loin que la réunion du col avec le corps, et tout à fait en arrière on ne trouve plus rien, on sent seulement la mollesse particulière à l'intestin, à moins, toutefois, que des matières fécales étant accumulées dans le rectum, on n'en apprécie la résistance à travers la paroi rectogénitale.

Si vous êtes bien pénétrés des principes que nous venons de vous exposer, il vous sera facile d'en faire l'application à l'*exploration des déviations* de l'utérus. Il est évident, en effet, que dans les déviations du col, le doigt, en pratiquant le toucher, rencontrera plus cette partie dans la même position, ou bien si c'est la direction



convénient que les malades furent obligées de garder le lit et un repos absolu pendant tout le temps qu'elles portèrent l'instrument. Ensuite nous avons donné à la sonde une courbure demi-circulaire et des points d'appui solides : c'est le redresseur avec le bandage. Les malades peuvent faire, avec ces instruments, tous les mouvements, se promener, etc. ; mais l'introduction en est plus difficile, cependant on y parvient avec un peu d'habitude et je m'en sers encore aujourd'hui dans plusieurs circonstances. Cet appareil doit être accommodé exprès pour chaque malade. Il faut d'abord introduire la sonde, prendre la mesure exacte du diamètre longitudinal de la cavité utérine, et faire construire la tige trois lignes plus courte que cette mesure ; on mesure avec le doigt la largeur de l'orifice externe et l'on fait donner au disque ovalaire une largeur un peu plus grande, pour empêcher qu'il ne glisse dans l'orifice. On donne à la branche externe une courbure bien appropriée au cas. Le bandage (semblable à un bandage à hernie et sur la pelote duquel se fixe la branche externe du redresseur) doit être aussi conformé suivant le sujet.

Voici maintenant la description de l'instrument perfectionné.

#### SONDE A BRANCHES DIVERGENTES ET ÉLASTIQUES DE KIWISCH.

« L'appareil dont je me sers presque généralement a la forme de ma sonde utérine dont la partie supérieure se trouve fendue de haut en bas, de l'extrémité boutonnée jusqu'à 2 pouces au-dessous, de manière que la partie supérieure se trouve constituée par deux branches divergentes, élastiques, dont la divergence supérieure au niveau du bouton a un pouce de largeur. Par les extrémités supérieures de ces deux branches divergentes passent des fils de soie, lesquels, tirés par un mécanisme, rapprochent les deux branches de manière que l'instrument prend la forme et l'aspect de la sonde utérine ordinaire. Au-dessous de la partie de la sonde qui pénètre dans la cavité utérine se trouve un évasement en forme d'entonnoir, destiné à loger la partie inférieure de la sonde. L'instrument se compose donc de deux pièces : de la partie supérieure à branches élastiques divergentes qui restent dans la cavité utérine, et de la partie inférieure munie d'un manche qui est retiré après l'introduction de l'instrument. Au bord supérieur de l'évasement en forme d'entonnoir se trouve soudée une canule flexible de fil métallique, longue de 2 pouces et demi à 3 pouces. L'instrument appliqué, cette canule flexible déborde un peu, et sert de guide à la partie inférieure de l'instrument lorsque celle-ci doit être introduite dans l'évasement pour ôter l'appareil. La partie inférieure consiste en une tige de métal, longue de 5 pouces, angulaire, légèrement recourbée, qui le fixe solidement dans l'évasement en forme d'entonnoir, de manière que les deux parties réunies forment un seul corps. Cette tige se termine en bas par un manche de bois de trois pouces et demi de longueur, et sur lequel se trouve un mécanisme qui sert à ouvrir ou fermer, écarter ou rapprocher les branches divergentes de la partie supérieure. L'écartement ou le rapprochement s'opère au moyen d'un fort fil de soie qui passe par deux trous percés dans les deux moitiés du bouton qui termine la sonde en haut. De ces deux trous, les deux bouts du fil descendent en bas, s'entrecroisent au-dessous du milieu de la partie supérieure à sa face convexe, passent par deux ouvertures qui se trouvent, une de chaque côté dans l'évasement à forme

Le bouton noir et descendent de là vers le manche de la sonde, au niveau duquel les deux bouts du fil se réunissent et se fixent sur un anneau de métal. Dans le corps du manche se trouve une gouttière de métal, longue de 2 pouces, dans laquelle se trouve un listel muni d'un crochet qui débordé la superficie du manche et avec lequel l'anneau s'accroche. Ce petit listel à crochet est mis en mouvement par une vis de rappel qui passe par la gouttière à travers le manche, et se termine à l'extrémité inférieure du manche en un disque crénelé. Si l'on tourne ce disque à droite, le listel à crochet, et avec lui l'anneau avec les fils de soie descendent en bas dans la gouttière, et les branches de la partie supérieure de la sonde se rapprochent. Si l'on tourne le disque à gauche, le listel à crochet monte dans la gouttière, et les branches de la sonde s'écartent. Si le disque est tourné à droite jusqu'à ce que le pied du listel touche l'extrémité inférieure de la gouttière, les fils de soie se trouvent tendus fortement et les branches sont fermées : l'instrument représente alors la sonde utérine ordinaire, et on l'introduit suivant les règles. Après avoir redressé l'utérus, on tourne le disque à gauche pour faire monter le listel ; les branches de la sonde s'écartent et se fixent d'elles-mêmes dans la cavité utérine. On détache alors l'anneau de son crochet en le laissant pendre librement, et l'on retire de la canule la partie inférieure de la sonde en laissant la partie supérieure en place.

• Si l'on veut ôter l'instrument, on introduit la partie inférieure dans la canule, on passe le crochet dans l'anneau, et l'on tourne le disque à droite jusqu'à ce que les fils se trouvent fortement tendus ; les branches sont alors fermées. On retire ensuite l'instrument avec précaution, en s'assurant qu'on n'a pas pincé quelque pli de la membrane muqueuse entre les branches de la sonde. Si cela avait lieu, il faudrait tourner un peu le disque pour ouvrir légèrement les branches ; le pli s'échappe alors ; on tire l'instrument en bas, on ferme de nouveau les branches, et l'instrument peut alors être retiré sans difficulté.

• Il faut choisir un fil de soie très fort et résistant ; si le fil se brisait, on aurait beaucoup de difficulté à retirer l'instrument.

• Nous avons appliqué cet instrument quelques centaines de fois sans que jamais cet accident nous fût arrivé. Cependant, par mesure de précaution, on pourrait appliquer un second fil qui descendrait et se fixerait à la canule, et qui fonctionnerait seulement dans le cas où le premier fil se serait brisé. »

Le docteur Mayer, de Berlin, qui a mis en usage l'instrument de Kiwisch, lui a reconnu plusieurs inconvénients qu'on peut résumer, comme il suit, avec le docteur Sichel (1) :

• 1° Quand la cavité du col est étroite, l'introduction de l'instrument est plus difficile et plus douloureuse que celle de la sonde ; cela provient de ce que les fils de soie placés sur la partie convexe de l'instrument passent difficilement dans les anneaux, ceux-ci étant très petits, et leur plissement pendant l'introduction détermine en même temps de la douleur.

• 2° Il arrive fort souvent qu'en retirant l'instrument les fils sont agglutinés par le mucus et se cassent quand on l'ouvre.

1 *Jahrbücher der gesammten Medicin*, 1851.

» Mayer pense donc qu'on ne peut confier ni à la malade ni à des personnes étrangères à l'art le soin de cette opération.

» 3° L'introduction de l'instrument donne lieu tantôt à l'issue de quelques gouttes de sang, tantôt le sang répandu est en plus grande quantité; il provient de ce que la cavité du col ou du corps a été blessée.

» 4° Enfin l'irritation quotidienne qu'on fait éprouver à la muqueuse détermine un écoulement muco-purulent qui nécessite les secours de l'art.

» Pour remédier, ajoute M. Sickel, à quelques-uns de ces inconvénients, Mayer a modifié ainsi l'instrument de Kiwisch :

#### MODIFICATIONS DE M. MAYER AU REDRESSEUR DE KIWISCH.

» A la partie supérieure des deux branches, à 3 lignes au-dessous de la petite ouverture qui y est placée, et à travers laquelle passe le fil, se trouve une seconde ouverture oblique de dehors en dedans et de haut en bas.

» Entre les deux ouvertures, sur le côté externe des branches, est tracé un sillon dans lequel se place le fil venant de l'orifice supérieur vers l'orifice inférieur du même côté; il contourne ensuite la face interne, vient passer dans un anneau fixé sur ce côté des branches, continue sa route jusqu'à l'union de celles-ci, point où il est protégé par un petit pont. A l'union des branches, le fil se dirige en arrière, parcourt la face convexe de l'instrument dans un anneau long d'un pouce jusqu'à l'extrémité supérieure de celui-ci, et au moyen de deux boutonnieres qui se correspondent et faites par le fil lui-même, vient se fixer à un anneau mobile autour de l'instrument. »

#### REDRESSEUR DE SIMPSON.

C'est en 1843 que M. Simpson a fait d'abord connaître son redresseur, et tout porte à croire que Kiwisch et lui sont arrivés au même résultat, sans que les recherches de l'un aient été communiquées à l'autre.

Comme Kiwisch, il n'est pas arrivé du premier coup à l'invention de l'instrument tel qu'il l'emploie aujourd'hui.

D'abord il a fait usage d'un instrument qui a de l'analogie avec celui que M. Velpeau avait déjà employé, mais dont il avait abandonné l'usage. Cet instrument de M. Velpeau était une *tige fixée sur un demi-disque*. On introduisait la tige dans l'utérus, puis on tournait la convexité du demi-disque en avant ou en arrière, suivant qu'on voulait repousser le col en arrière ou en avant.

Le premier instrument de M. Simpson consistait dans un disque ovalaire métallique entier, sur lequel était fixée une tige également métallique, de 6 centimètres de diamètre, et articulée de manière à pouvoir se coucher sur la face supérieure du disque. On introduit l'instrument, la tige étant couchée, en présentant l'extrémité de l'ovale à l'ouverture du vagin; puis, quand l'extrémité de la tige a pénétré dans le col, on la relève, on la pousse jusque dans la cavité de l'utérus, et on laisse le disque libre dans le vagin, comme un pessaire ordinaire.

Cet instrument est souvent très bien supporté, parce qu'il se prête aux *mouvements de la matrice*; mais il paraît beaucoup plus utile pour les flexions que pour

les versions, et il est malheureusement d'une introduction très laborieuse et douloureuse.

Le redresseur proprement dit de M. Simpson est différent. Il consiste dans une tige intra-utérine de métal, que M. Rigby a fait faire d'ivoire. Cette tige a également 6 centimètres environ dans les cas ordinaires. Elle est fixée au milieu d'un disque ovale à bords arrondis sur lequel doit reposer le col. Ce disque a 4 centimètres et demi dans son plus grand diamètre. De sa partie inférieure part une tige creuse qui se dirige d'arrière en avant, pour sortir du vagin quand l'instrument est en place. Dans cette tige, on introduit à frottement une tige pleine, au bout de laquelle est un plastron ou écusson de laiton, fortement recourbé à sa partie supérieure, pour venir s'agrafer pour ainsi dire sur la partie supérieure des pubis.

Tel est l'instrument de M. Simpson. Ce médecin n'emploie ni fils, ni corde pour fixer le plastron ; la courbure de ce dernier doit suffire. Les essais tentés, en France, avec ce redresseur ont fait voir qu'il était d'un emploi très difficile, et bien qu'il nous ait procuré nos premiers succès, nous n'avons pas tardé à sentir la nécessité de le modifier. Après plusieurs tentatives, nous sommes arrivé à nous servir d'un redresseur articulé, avec disque de caoutchouc vulcanisé, qu'on introduit après l'introduction de l'instrument, et à flexion fixe avec une ceinture de ruban de fil.

Le redresseur utérin, à tige articulée, est constitué par une tige destinée à pénétrer dans la cavité utérine ; cette tige de métal ou d'ivoire, d'une longueur variable, suivant les cas, a le volume d'une très petite plume d'oie ; elle surmonte un disque de métal de 2 centimètres de diamètre ; elle est fixée à la face supérieure de ce disque, sur laquelle doit reposer le museau de tanche, quand la tige se trouve dans l'utérus. Elle se termine en bas par deux saillies circulaires, entre lesquelles doit se placer le disque creux en caoutchouc, semblable à celui qui existe dans les irrigateurs vaginaux de M. Maisonneuve. Cette première partie de l'appareil est unie par une articulation à ressort, avec une autre tige de métal qui, devant rester dans le vagin, a reçu le nom de *tige vaginale*.

Le ressort, situé à l'articulation du disque avec la tige vaginale, est disposé de telle sorte, qu'il sert à maintenir ces deux parties fléchies à angle droit l'une sur l'autre. En ouvrant le ressort, on peut abaisser le disque et la tige utérine, qui surmonte, jusqu'à ce qu'ils se continuent en ligne droite avec la tige vaginale. Le mécanisme du ressort ne s'oppose pas à ce qu'après avoir été unies dans cette position, les deux tiges puissent être fléchies de nouveau l'une sur l'autre ; mais lorsqu'on arrive à l'angle droit, le ressort entre en jeu (à la façon de ceux qu'on adapte à certains couteaux poignards) et les maintient fixées dans cette situation.

La tige vaginale est creusée pour recevoir une tige pleine qui s'unit à angle droit, sans articulation, avec un plastron destiné à se fixer sur l'abdomen. La direction du plastron est donc à peu près parallèle à celle de la tige utérine, et les mouvements imprimés à l'une de ces deux portions de l'instrument doivent communiquer à l'autre, quand l'appareil est en place, la tige du plastron étant introduite dans la cavité de la tige vaginale.

Les deux parties distinctes dont se compose l'appareil sont maintenues réunies à l'aide d'un fil passé dans un trou pratiqué à la tige vaginale, près de l'articulation ; ce fil est noué sur le plastron.

Le plastron est fixé le long de l'abdomen, à l'aide de deux liens situés à sa partie supérieure et formant *ceinture* ; deux autres liens, devant servir de *sous-cuisses*, sont attachés à sa partie inférieure, près du point sur lequel doit être noué le fil qui unit les deux portions de l'instrument.

Cet instrument, ainsi constitué, diffère de celui de M. Simpson, d'abord par le volume du disque. Le sien est ovale, et son plus grand diamètre a plus de  $\frac{1}{4}$  centimètres et demi, ce qui rend son application difficile, car il faut le faire pénétrer dans le vagin en même temps que le doigt, qui guide son introduction. Aussi est-ce la première chose que nous avons songé à modifier dans l'instrument de M. Simpson, et d'abord nous avons tout simplement diminué et réduit à 2 centimètres le diamètre du disque. Nous avons même songé à supprimer le disque chez les vierges, pour éviter de détruire l'hymen. Mais en diminuant le disque, on risque de le voir pénétrer dans le col, et alors la tige peut toucher le fond. Avec le disque en caoutchouc on n'a aucun inconvénient. On l'introduit vide, ce qui ne gêne en rien la manœuvre ; puis on l'insuffle, ce qui l'empêche de pénétrer.

Une autre différence, et celle-là est capitale, c'est que dans l'instrument de M. Simpson, le disque, supportant la tige utérine, est soudé sur la tige vaginale. La flexion est donc permanente, et pour introduire l'instrument, il faut adapter à la tige vaginale un manche fortement recourbé en sens contraire. J'ai fait longtemps usage de ce redresseur à flexion fixe, mais à disque plus petit, soit constitué comme je viens de vous le dire, soit légèrement modifié, en ce que la tige vaginale, au lieu d'être creusée pour recevoir le plastron, étant au contraire pleine et allongée, pénétrait dans un trou du plastron, que l'on fixait ensuite à l'aide d'un écrou à vis. Avec ce dernier instrument, on n'avait pas besoin de manche pour introduire la tige utérine, la tige vaginale étant assez longue pour y suppléer. Après l'introduction, les deux parties de l'appareil restaient solidement réunies, ce qui était important, puisque c'est surtout pour les empêcher de se séparer, ainsi que cela avait eu lieu dans plusieurs cas, que nous avons eu l'idée d'apporter cette modification. Depuis, nous y avons renoncé, parce que nous nous sommes assuré que le simple fil ciré dont nous nous servons de préférence suffit parfaitement.

» Le redresseur à flexion fixe a été utilement employé dans un bon nombre de cas, et surtout dans ceux d'antéversion avec ou sans flexion, pour lesquels son introduction n'offrait pas d'aussi grandes difficultés. Mais il n'en a pas été de même, quand il s'est agi de rétroversions, et surtout de rétroflexions, la courbure que formait l'instrument avec le manche *porte-tige*, venant arc-bouter contre le pubis, rendait l'opération laborieuse, difficile et quelquefois impossible.

» C'est le désir d'obvier à de tels inconvénients, qui m'a porté à rechercher un moyen de supprimer la flexion de la tige utérine sur la tige vaginale pendant l'introduction de l'instrument, pour la rétablir quand il serait placé.

» Nous étions d'abord parfaitement arrivé au but que nous nous proposons avec un instrument malheureusement trop compliqué. C'est le *redresseur à flexion graduelle*, dont voici la description abrégée : un bouton, situé à l'extérieur, fait jouer une vis à l'aide de laquelle la tige utérine et le disque qui la supporte s'élèvent ou s'abaissent à volonté. Une échelle graduée, placée près de ce bouton, permet de se rendre compte du degré d'inclinaison de la tige utérine. Le plastron se

fixe au moyen d'une vis de pression sur la portion de la tige vaginale qui dépasse notablement la vulve.

On voit que cet instrument n'a pas toute la simplicité désirable ; mais, outre ses complications, on peut lui reprocher son poids considérable qui fatigue beaucoup les malades, et cette saillie de la tige vaginale hors de la vulve, qui lui permet de recevoir des chocs inattendus, et de les transmettre à l'utérus, en développant une grande douleur.

Son plus grand avantage est de permettre de relever graduellement l'utérus, et de le maintenir aussi longtemps qu'on le jugera convenable dans les positions intermédiaires ; tandis qu'avec l'instrument articulé il faut arriver tout de suite au redressement complet, et alors c'est seulement avec la sonde que l'on passe par ces positions intermédiaires.

Après avoir exposé les modifications essentielles successivement apportées à l'instrument, et les motifs qui m'ont porté à les lui faire subir, nous avons fait garnir les plastrons d'une peau souple et rembourrée, afin d'éviter le frottement d'un corps dur sur le pubis ; mais nous y avons renoncé parce qu'il en résultait une sensation de chaleur insupportable, et qu'une fois imprégné de sueur et de mucosités, il répandait une odeur désagréable ; tandis qu'un peu d'ouate, placée entre le plastron de laiton et la paroi abdominale, remplit le même usage et offre, en outre, l'avantage de pouvoir être facilement renouvelée dans un but de propreté.

M. Simpson diffère encore de nous en ce qu'il n'emploie pas de liens, et se contente de recourber fortement au-dessus du pubis le plastron qu'il fait très petit, nous trouvons aux liens l'avantage de fixer plus solidement l'instrument, et de pouvoir, suivant la manière dont on les attache, faire varier dans tel ou tel sens l'inclinaison de la tige utérine.

*Introduction du redresseur utérin.* — Le redresseur articulé sera introduit dans l'utérus comme le serait une sonde droite. Il doit être préalablement ouvert, de telle sorte que la tige utérine et le disque qui la supporte fassent, avec la tige vaginale, une ligne droite. Comme cette partie de l'appareil n'offre pas assez de longueur pour pouvoir être facilement manœuvrée, on se sert d'un manche porte-tige presque droit qui pénètre dans la cavité de la tige vaginale, et que l'on retire ensuite pour placer le plastron.

Comme la tige vaginale forme une légère courbe à concavité supérieure dont nous n'avons pas cru devoir tenir compte dans la description, le manche porte-tige présente une courbure analogue en sens opposé, qui corrige la première et donne au tout, non pas la forme d'une ligne droite, mais celle d'un S allongé et dont les deux courbures seraient considérablement aplaties.

L'instrument ainsi disposé, on l'applique, je le répète, comme s'il s'agissait d'une sonde droite. On rencontre les mêmes difficultés que pour l'introduction de la sonde ; on les surmonte en usant des mêmes précautions.

Lorsque la tige a pénétré en entier dans la cavité utérine, le doigt qui était resté dans le vagin pour servir de conducteur à l'instrument, sent le col venir toucher le disque sur lequel il s'applique directement.

C'est alors qu'il faut rétablir la flexion entre les deux tiges, et pour cela il suffit de porter en haut, en le poussant en arrière, le manche qui entraîne la tige vagi-



nale. Mais comme au moment où le ressort entre en jeu la muqueuse du cul-de-sac postérieur du vagin pourrait être blessée, ou tout au moins douloureusement pincée, il faut avoir soin de l'éloigner en la déprimant avec le doigt.

Cela fait, on voit la tige vaginale qui apparaît à la vulve être entraînée vers la fourchette dans les cas de déviation en avant, vers le clitoris, dans ceux de déviation en arrière, par suite du mouvement en sens opposé que le corps de la matrice imprime à la tige utérine ; car il tend, en vertu de son poids, à reprendre sa position vicieuse. Dans quelques cas même, surtout dans ceux de rétroversion, l'utérus, considérablement engorgé, est assez volumineux et assez lourd pour qu'il y ait lieu de craindre que la paroi supérieure du vagin ne soit blessée par la pression de l'extrémité libre de la tige vaginale, ou que cette tige ne vienne arc-bouter sous le pubis, de telle sorte qu'il soit difficile de l'atteindre pour placer le plastron. Il sera facile d'obvier à ces inconvénients en n'abandonnant pas la tige à elle-même lorsqu'on retirera le manche pour placer le plastron, et il suffira d'un seul doigt pour la maintenir.

Une fois le plastron placé, on unit ensemble les deux pièces de l'appareil en nouant sur la partie inférieure du plastron les deux chefs du fil que l'on avait, au préalable, passé dans le trou de la tige vaginale. Il suffit de serrer assez fortement pour que les deux pièces ne puissent se séparer ; mais on doit laisser assez de jeu pour qu'aucune partie ne soit lésée.

Le tout est ensuite maintenu autour du corps à l'aide des cordons supérieurs servant de ceinture. On serre fortement dans un cas de déviation antérieure, modérément dans un cas de déviation en arrière ; vous comprenez dans quel but.

Grâce à la solidarité établie entre les deux parties de l'appareil, la tige utérine se meut en même temps que le plastron, et comme elle lui est parallèle, ses mouvements ont lieu dans le même sens ; si donc vous appliquez fortement le plastron contre la paroi abdominale, vous rejetez d'autant plus en arrière la tige qui emporte avec elle la matrice, et l'on a tout intérêt à exagérer ce mouvement de translation en arrière pour combattre un déplacement en avant. C'est pourquoi l'on serre fortement la ceinture à laquelle on attache même les sous-cuisses.

Dans le déplacement en arrière, au contraire, on a tout avantage à ramener le corps de l'utérus le plus en avant possible, en refoulant le col en arrière ; il faut donc éloigner le plastron de la paroi abdominale. On y parvient en serrant très modérément la ceinture et en tirant, au contraire, assez fortement sur les sous-cuisses que l'on attache au plastron lui-même, afin de le faire descendre un peu et de le ramener en avant.

Le redressement ne devra être appliqué que lorsqu'on aura employé la sonde seule pendant un temps suffisamment long pour être assuré qu'elle ne peut suffire au traitement, ou dans les cas dans lesquels l'utérus a une si grande tendance à reprendre sa position vicieuse, qu'il y retombe aussitôt après avoir été relevé par le cathétérisme. Nous avons eu une antéversion et plusieurs rétroflexions guéries, ou près de l'être, par le cathétérisme seul : ce qui suffit pour engager à persister plus longtemps dans l'emploi de ce moyen.

Dans tous les cas, l'instrument ne doit être placé qu'à une époque notablement éloignée de la période menstruelle, quatre ou cinq jours au moins après la disparition, et sept ou huit jours au moins avant l'apparition des règles ; car il aurait

convénient ou de ramener une hémorrhagie inquiétante et peut-être de provoquer une inflammation de l'utérus si les règles avaient cessé depuis trop peu de temps, ou de les faire avancer si elles devaient bientôt paraître. Dans tous les cas, survient quelque'un de ces légers accidents, il faut enlever l'instrument. Nous avons des cas rares, il est vrai, où il n'a pu rester que vingt-quatre ou trente-six heures, ce qu'il faisait avancer les règles de dix ou douze jours, et c'est surtout lors de la première application qu'il en était ainsi, car aux suivantes son action était plus évidente.

Cette avance des règles, et les légères métrorrhagies provoquées par le redressement, sont un des principaux obstacles apportés au traitement, et vous avez vu que malgré cette persistance il faut pour les surmonter. Chez les femmes qui, pour une cause ou pour une autre, ne sont pas actuellement menstruées, la tige est bien plus longtemps supportée.

Son application produit les mêmes effets immédiats que l'application de la sonde, c'est-à-dire que pendant trois, quatre ou cinq heures, les femmes éprouvent des douleurs utérines se dissipant par le moment pour revenir bientôt après, puis reparaissant moins fortes le lendemain et les jours suivants pour cesser ensuite complètement, jusqu'à ce que, revenant de nouveau plus intenses, plus rapprochées, elles aient été parfois précédées de malaise général, avec douleurs vagues dans les membres, elles indiquent l'approche des règles et le moment où le redresseur doit être enlevé.

*Longueur qu'il convient de donner à la tige intra-utérine.* — Une précaution capitale pour le succès du traitement, c'est d'introduire dans l'utérus une tige assez courte pour que son extrémité n'aille pas heurter le fond de l'organe. C'est pourquoi nous vous avons recommandé de prendre avec la sonde la mesure de la cavité utérine, afin que vous puissiez donner à votre instrument une longueur convenable.

D'après ce qui se passe, quand le bec de la sonde vient heurter même accidentellement la paroi utérine, vous pouvez juger quels troubles provoquerait le contact continu d'une tige trop longue appuyant sur cette même paroi.

Indépendamment de douleurs insupportables et continuelles, il y aurait des métrorrhagies et même de l'inflammation. Dans un cas, de semblables accidents nous forcèrent à enlever un redresseur dont la tige avait 6 centimètres. Nous le fîmes réduire à 5 centimètres, et non-seulement elle fut très bien supportée, mais même elle procura une prompte et solide guérison.

*Cette tige doit avoir le moins de longueur possible.* — Dans les cas de version simple, sans flexion, si le tissu de l'utérus est résistant, non ramolli, il suffira que la tige pénètre un peu au delà de l'orifice interne pour pouvoir le faire basculer complètement, le corps devant suivre en sens opposé le mouvement imprimé au bec, attendu qu'un organe solide et résistant, quand bien même il serait creux, doit se placer en totalité lorsqu'un mouvement se passe à l'une de ses extrémités. Donc, avec une tige de 4 à 5 centimètres au plus, on réussira toujours à relever la matrice, en ayant la certitude de ne jamais arriver au contact de sa paroi supérieure. Dans les cas de flexion, ce n'est plus comme pour les versions simples ; cependant, pour maintenir l'organe redressé, il suffit que la tige dépasse d'un centimètre le point de flexion, qui se trouve presque toujours au niveau de la réunion du col.

avec le corps, ou au-dessus. Par conséquent, la tige n'a pas besoin d'être plus longue que pour les versions simples.

Si la tige est juste assez longue pour maintenir l'utérus sans atteindre son fond, les malades se trouveront immédiatement soulagées et se montreront ensuite très dociles à exécuter toutes vos prescriptions.

*Séjour du redresseur ; époque à laquelle il convient de l'enlever.* — La femme qui porte le redresseur doit être surveillée très attentivement et revue tous les jours, au moins dans les premiers temps.

Il est important de s'assurer si l'instrument ne s'est pas déplacé. Quelques unes, très indociles, dénouent les cordons et, quand elles les renouent, la tige qui, pendant un mouvement, est sortie de l'utérus, reste dans le vagin dont elle peut blesser les parois ; d'autres, sous prétexte de remplacer les sous-cuisses souillées par du sang ou des mucosités, coupent en même temps le fil destiné à maintenir les deux pièces de l'appareil, qui peuvent alors se séparer et venir chacune de son côté contusionner le vagin. Quand il en est ainsi, il faut immédiatement réappliquer le redresseur, et le maintenir plus solidement fixé.

D'un autre côté, il faut toujours, à la première apparition d'un symptôme fébrile quelconque, être prêt à l'enlever, même en dépit des malades, qui, en ayant éprouvé du soulagement, désirent le conserver plus longtemps. Mais il ne faut jamais leur céder sur ce point, car il est important, dans le cours d'une affection intercurrente, même légère, de débarrasser l'utérus de ce corps étranger qui, y entretenant une certaine irritation, peut attirer de son côté des accidents inflammatoires.

Nous enlevons aussi, en général, le redresseur *lorsque surviennent les règles* qui, vous le savez, peuvent être avancées par sa présence. M. Simpson le laisse en place pendant la durée de la période menstruelle ; il rapporte un fait dans lequel il l'a laissé pendant dix mois consécutifs, et dans une lettre que nous avons reçue de lui, il nous apprend qu'une de ses clientes le conserve *depuis plus de trois ans*, ne voulant pas le laisser enlever, tant elle craint que les symptômes qu'il a fait cesser ne se reproduisent quand l'utérus sera abandonné à lui-même. En le laissant beaucoup moins longtemps, nous avons obtenu d'excellents résultats, et on a signalé des accidents survenus dans des cas où le redresseur était resté trop longtemps. Nous avons vu parfois des douleurs très vives et de l'anémie à la suite de règles plus abondantes et se prolongeant plus longtemps quand nous avons voulu laisser le redresseur en place. Nous jugeons, sauf dans quelques cas où il ne produit aucun trouble, plus prudent de l'enlever, pour le replacer plus tard s'il y a lieu.

Quand les malades ont porté le redresseur pendant un certain temps, un moment arrive ordinairement où, après avoir joui d'une santé parfaite, elles sont prises de coliques utérines plus ou moins fortes et rapprochées, de douleurs se prolongeant dans les lombes, quelquefois avec une courbature générale et un peu de tension du ventre. Il faut alors enlever le redresseur, car, ou les règles vont apparaître, et il pourra être nécessaire de le replacer plus tard, ou elles ne se montreront pas encore, et ces symptômes indiquent que la présence de l'instrument a déterminé dans l'utérus un travail favorable à la guérison. L'utérus ne se maintient pas en place seulement parce qu'on l'y a remis, mais parce que la tige utérine, en séjournant dans sa cavité, a eu sur ses parois une action excitante, susceptible de

modifier la vitalité des tissus. Cette action commence à se produire après un temps variable (1).

On sait que la susceptibilité de l'utérus est bien plus grande aux approches des règles que pendant les intervalles qui les séparent. Aussi les femmes qui, pour une cause ou pour une autre, ne sont pas réglées, supportent-elles l'instrument pendant un temps beaucoup plus long que les autres. Nous l'avons vu, chez elles, rester quarante-huit et quarante-neuf jours en place, tandis que le terme habituel est de huit ou dix jours, et quelquefois il n'a pu être supporté que vingt-quatre ou trente-six heures. Quoi qu'il en soit, nous ne doutons pas que, pour assurer la guérison, il ne faille attendre la manifestation de ces symptômes, qu'ils arrivent au bout de vingt-quatre heures ou de cinquante jours, car nous devons vous dire que la durée du séjour de l'instrument n'a pas eu une influence autre que celle-là, et les guérisons survenant après vingt-quatre ou trente-six heures sont tout aussi solides et tout aussi exemptes de rechutes que celles qui ont été obtenues après un temps beaucoup plus long.

*Conséquences immédiates du traitement.* — En général, l'action du traitement est notablement plus marquée dans les cas de flexion que dans ceux de version complète, et dans les déviations en arrière que dans les déviations en avant. Des observations ultérieures ont démontré l'exactitude de cette seconde partie de la proposition. Quant à la première, celle qui est relative aux flexions, il n'en a pas été tout à fait de même. Nous avons trouvé, en effet, un certain nombre de *flexions en avant*, très probablement congénitales, qui se sont montrées rebelles. Les cas de ce genre appartiendraient-ils plus particulièrement à cette forme signalée par M. Kiwisch, Virchow, Depaul, etc., et dans laquelle la paroi antérieure est non seulement ramollie, mais encore très atrophiée au point correspondant à la flexion? C'est ce que nous ne pouvons pas décider. Ces cas même ne sont pas toujours incurables, car nous en avons vu où un bourrelet antérieur a pendant longtemps indiqué le siège du ramollissement après le redressement, et M. Mayer a obtenu la guérison de cas semblables. Sous le rapport des flexions postérieures, ce que nous avons annoncé dans nos leçons cliniques s'est réalisé.

*État de l'utérus après le redressement.* — Il ne faut pas espérer, que chez toutes les femmes guéries d'une déviation vous trouverez immédiatement l'utérus dans le même état d'intégrité que si elles n'avaient jamais été malades. Vous savez déjà que, le plus souvent, il reste un certain abaissement, ou un repli saillant au point où existait la flexion; je vous ai, en vous parlant de l'antéflexion, expliqué la formation de ce repli par suite de l'affaissement de la paroi moins épaisse dans le point correspondant. L'essentiel, pour que la guérison soit complète, c'est que l'axe de l'organe ne soit plus, en tout ou en partie, dévié de la direction de l'axe du détroit supérieur du bassin.

Cependant, la guérison pourra parfois être considérée comme complète, sans que ces deux axes correspondent parfaitement. A la suite de l'antéversion surtout, il vous arrivera fréquemment de rencontrer encore une légère obliquité de l'uté-

(1) Les succès obtenus depuis à l'aide du redressement par la sonde et de l'emploi de la sonde en caoutchouc combinés prouvent que cette modification n'est pas aussi nécessaire que nous le croyions.

rus en avant, après la disparition de tous les accidents produits par la déviation. Nous avons vu des médecins qui, dans un des cas semblables, ne se montraient nullement satisfaits du résultat obtenu, quoique les malades fussent dans un état de santé parfaite, et pussent faire de longues courses sans se fatiguer ; tandis qu'auparavant, elles étaient très souffrantes et pouvaient faire à peine quelques pas, le corps courbé en avant. Toutefois, il est incontestable que même un certain degré d'inclinaison est parfaitement compatible avec la santé, et l'on doit s'estimer heureux quand on a mis l'utérus dans une position telle qu'il n'existe plus d'accident.

Il pourrait rester une crainte, c'est que dans cette position l'utérus eût plus de tendance à se déplacer de nouveau dans le même sens ; mais les faits ne justifient pas cette crainte.

Nous avons vu plusieurs femmes chez lesquelles l'utérus s'est trouvé dans cette position oblique et s'y est parfaitement maintenu. Du moment où on l'a relevé assez pour qu'il n'existe plus d'accidents, il se fait dans les ligaments larges, précédemment tirillés, un certain travail qui leur rend leur tonicité et leur permet ainsi de maintenir parfaitement l'utérus dans la situation qu'il occupe.

Mais ce n'est pas tout, le temps vient ensuite consolider la guérison, car peu à peu l'organe devient volumineux par suite de la disparition de l'engorgement dont il était le siège. Alors l'utérus, devenant plus léger, remonte à la place qu'il doit occuper normalement, et il ne reste plus aucune trace de la lésion utérine. La diminution de volume de l'utérus sous l'influence de sa nouvelle position se fait, en général, assez rapidement ; mais dans les cas où l'engorgement était très considérable, il a fallu quatre, cinq et six mois pour que ce résultat si désirable ait été obtenu.

La preuve, du reste, que dans ce cas la guérison est bien réelle, c'est la cessation des douleurs et de tous les autres symptômes généraux ou fonctionnels par lesquels se traduisait la maladie.

Dans deux cas d'antéversion avec engorgement considérable, l'utérus étant lourd et volumineux, les accidents intestinaux dus à la compression du rectum par le col utérin, non-seulement n'ont pas diminué, mais même ont augmenté après un commencement de redressement obtenu avec l'instrument. C'est que dans ce cas les premiers accidents avaient été produits par la simple pression du col volumineux sur la paroi antérieure du rectum, tandis que plus tard l'utérus n'étant pas complètement redressé, mais occupant une direction oblique à peu près moyenne entre sa direction normale et horizontale, le col poussé par le poids de l'organe, venait presser, non plus transversalement, mais obliquement, de tout ce poids sur la partie inférieure du rectum.

Dans ces cas, il a suffi d'appliquer un redresseur à tige très courte en fixant fortement le plastron contre la paroi abdominale, afin de ramener le col en avant pour obtenir un soulagement immédiat, marqué surtout pendant le séjour de l'instrument. Une de ces malades est guérie, l'autre est encore en traitement, et après chaque application de l'instrument on constate une amélioration plus grande, avec disparition de plus en plus marquée de la douleur et diminution du volume de l'utérus.

Il importe maintenant d'exposer avec soin les résultats définitifs de ce traitement particulier.

Kiwisch, qui s'en est beaucoup occupé et qui a, comme nous l'avons vu, in-

Vente des instruments particuliers, n'a pas donné d'indications très précises sur les effets du traitement. Il n'en est pas de même de M. Mayer (1) qui, dans un de ses articles, a cité huit cas de guérison complète sur douze, les quatre autres étant encore en traitement.

M. Simpson (2) s'est contenté de dire qu'il avait obtenu un grand nombre de guérisons et que lors même que le redresseur ne procurait pas la cure radicale, il en résultait un soulagement que les autres moyens ne procuraient pas. MM. Rigby (3) Protheroe Smith, etc., ont cité des faits favorables à ce traitement.

Voici ce que nous avons noté en 1852 : sur 68 cas de déviations utérines de toute espèce, il y avait eu 44 guérisons définitives, 6 améliorations notables, 3 rechutes, 2 cas où l'utérus avait été remis en place sans que les douleurs fussent calmées, 2 cas dans lesquels le traitement avait été incomplet, 9 qui étaient encore en traitement, et 2 chez lesquels tout avait été infructueux.

Aujourd'hui nous avons pu porter le nombre des malades traitées à 117, dont il faut retrancher 9 cas de renversement en arrière traités par un autre procédé que nous ferons connaître plus loin. Restent donc 108 cas.

Nous devons dire d'abord que sur les 68 cas primitivement observés, 12 des malades qui avaient été simplement améliorées, ou qui avaient eu des rechutes, ou qui étaient encore en traitement, ont fini par guérir complètement, ce qui porte à 56 le nombre des guérisons définitives sur 68 cas. Dans les douze autres cas, la guérison n'a pas été obtenue, soit qu'il n'y ait eu aucune amélioration, soit que, malgré le redressement, des symptômes plus ou moins pénibles aient persisté.

Sur les 40 cas traités ultérieurement, abstraction faite des 9 dont nous avons parlé plus haut, et que nous avons traités par un moyen particulier, les choses se sont passées comme il suit : 22 ont été guéries ; 8 ont été seulement améliorées, la plupart ayant fait, pour divers motifs, un traitement incomplet ; 6 sont encore en traitement et 4 n'ont éprouvé aucun bon effet du traitement.

En réunissant ces chiffres nous trouvons, sur 108 cas traités par le redresseur utérin : 78 guérisons définitives, 8 améliorations, 8 malades en cours de traitement et 14 malades chez lesquelles il n'y a pas eu d'amélioration, soit que le traitement ait été impuissant, soit qu'il n'ait pas été suivi jusqu'au bout.

*Date de la guérison.* — Il est très important de constater la date de la guérison car une objection qu'on a faite à ce traitement, c'est que l'utérus, une fois replacé a une grande tendance à se dévier de nouveau. C'est, en effet, ce qu'on devait craindre théoriquement, puisque la matrice étant seulement suspendue dans le bassin, on devait penser que, soumise aux mêmes causes, elle éprouverait tôt ou tard leur effet et se déplacerait de nouveau. Pour répondre à cette objection, nous nous contenterons de citer les faits de la première série qui sont les plus anciens. Les 56 cas de guérison datent tous aujourd'hui (4) de plus d'un an, et la guérison

(1) *Erfahrungen über das neue von Kiwisch irfundene Instrument* ; etc., in *Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtsh.* Berlin.

(2) *Contrib. to the path. and treat. of diseases of uter.* (Lond. and Edinb. monthly Journal) t. III.

(3) *Med. Times*, 1849.

(4) Il faut se reporter à la date de la 3<sup>e</sup> édition de Valleix (1852).



ne s'est pas démentie. La santé des malades, que nous avons presque toutes revues plus ou moins fréquemment depuis, s'est maintenue et s'est de plus en plus raffermie. Elles marchent avec facilité et peuvent se livrer à leurs travaux ; leurs fonctions se font bien, et leur embonpoint est revenu. Ces résultats sont concluants.

Ajoutons ici quelques remarques importantes. Dans les déviations, l'utérus est plus ou moins abaissé. Lorsque l'organe est remis dans sa direction normale, il reste pendant un temps variable situé plus ou moins bas, en sorte qu'on trouve encore le col à une petite distance de l'orifice vaginal. Quelques médecins, qui accordent une grande importance à l'abaissement, ne se montrent pas satisfaits de ce résultat. Mais cette manière de voir provient d'une mauvaise appréciation des faits. Dans cet état les femmes ont retrouvé une santé parfaite, et ce qui prouve que la guérison est bien réelle, c'est qu'au bout de quelque temps (deux ou trois mois environ), l'utérus devient plus léger, le col perd son volume anormal, et l'organe tout entier remonte à sa place habituelle.

Quelquefois la matrice, après le redressement conserve une obliquité en avant un peu plus grande qu'à l'état normal, ou reste un peu inclinée en arrière, suivant l'espèce de déviation. Mais on aurait également tort de ne pas compter ces faits parmi les guérisons, car il ne reste plus rien des anciens symptômes, et ce serait, le plus souvent, faire des tentatives inutiles que de chercher à redresser davantage la matrice, puisque l'expérience prouve que cette situation nouvelle peut se maintenir et suffit pour procurer une excellente santé. Remarquons, d'ailleurs, que ces mêmes médecins admettent très bien qu'un certain degré de renversement est compatible avec une très bonne santé. Pourquoi donc ne pas admettre qu'on a réduit ce renversement à ce degré qui ne peut plus être considéré comme une maladie ? En pareil cas, on doit se contenter de surveiller les malades, et si les symptômes ont de la tendance à se reproduire, on reprendra le traitement pour le compléter.

Lorsque dans les cas de flexion, on a redressé l'utérus, il reste, s'il y avait un certain degré de ramollissement, un *bourrelet* encore douloureux au contact dans le point qui était situé au fond de l'angle rentrant. C'est surtout dans les rétroflexions que nous avons constaté l'existence de ce bourrelet. On pourrait être tenté de prendre cette disposition pour un reste de la maladie ; mais encore, en pareil cas, l'expérience prouve qu'avec le temps, ce bourrelet, formé par l'affaissement de la paroi, diminue, devient insensible et n'empêche pas la guérison d'être complète. Il n'est besoin d'aucun traitement nouveau pour cela.

Enfin, chez plusieurs malades, il reste après le redressement, quelques douleurs et certains troubles fonctionnels. Les douleurs sont de nature névralgique. Elles reconnaissent généralement pour cause l'anémie qui suit assez souvent les règles trop abondantes provoquées par le traitement. Un simple *traitement ferrugineux* en fait justice, ou, si elles résistent, les *vésicatoires volants*, avec ou sans *morphine*, les font promptement disparaître (1).

*Effets du traitement sur les règles et sur la leucorrhée.* — Les règles qui se manifestent pendant ou après le traitement sont ordinairement plus abondantes et de plus longue durée qu'à l'ordinaire. Ces hémorrhagies n'ont absolument aucune

(1) On peut employer aussi la cautérisation transcurrente (Nonat). Voyez page 152.

ce d'importance. Elles s'arrêtent ordinairement d'elles-mêmes. Quelquefois même, pour prévenir l'anémie, il faut hâter leur terminaison par le *seigle ergoté* et le *tannin*. Quelques médecins ont pensé que cette abondance des règles aurait seule la guérison en dégorgeant l'utérus. La réponse est bien simple : l'augmentation des règles n'a pas lieu dans tous les cas, et la guérison n'en est moins assurée et s'obtient de la même manière quand elle manque.

Quand la guérison est bien assurée, les menstrues se régularisent ; elles deviennent moins abondantes chez les femmes qui avaient des métrorrhagies et reprennent chez celles qui avaient une suppression plus ou moins complète. En un mot, les fonctions de l'utérus reprennent leur état normal.

Il est remarquable que sans aucun traitement, la *leucorrhée* qui était constante chez les femmes affectées de déviation, a disparu chez presque toutes celles qui ont été guéries ; tandis qu'elle a persisté chez celles qui n'ont eu qu'un peu d'amélioration, et chez celles qui n'en ont pas eu du tout.

*Effets du traitement sur les granulations, les exulcérations du col.* — Dans un certain nombre de cas, les ulcérations du col sont considérables. On ne doit pas s'en occuper pendant tout le temps consacré au redressement de l'utérus, car elles voient souvent disparaître d'elles-mêmes lorsque le but est atteint. Quelquefois néanmoins, elles persistent, et alors la leucorrhée continue. En pareil cas on doit avoir recours aux moyens ordinaires (injections, cautérisations), et ces restes de maladie disparaissent promptement. Il serait même possible qu'ils eussent disparu spontanément plus tard ; mais les malades étant pressées de s'en débarrasser, on n'a jamais attendu plus de huit ou dix jours avant de les combattre.

Cette cure facile de lésions qui ordinairement exigent un temps assez long pour être détruites, est d'autant plus remarquable dans les cas dont il s'agit, que la plupart avaient été précédemment traitées pendant des mois entiers et avaient désespéré les médecins par leur persistance ou la facilité avec laquelle elles se reproduisaient.

*Accidents que le traitement peut produire.* — Lorsque l'on a annoncé, pour la première fois, qu'on traitait les déviations par l'introduction de tiges dans la cavité utérine, des appréhensions très grandes ont dû naître dans l'esprit des médecins. L. Simpson, lui-même, nous apprend que la première fois qu'il a appliqué son instrument, il a visité la malade toutes les demi-heures, prêt à l'enlever s'il était nécessaire. Mais il n'a pas tardé à s'enhardir. L'expérience, en effet, prouve que le pessaire intra-utérin, bien placé et bien surveillé, n'a, dans la très grande majorité des cas, aucun inconvénient.

Dans quelques cas, ce traitement détermine des symptômes qui exigent l'intervention de l'art. C'est d'abord la *métrite*. L'inflammation de l'utérus est presque toujours légère ; une simple application de sangsues et le repos suffisent pour la guérir. Dans quelques cas, il faut un traitement un peu plus actif, et joindre la morphine par la méthode endermique aux moyens précédents. Une seule fois, nous avons vu l'inflammation de l'utérus se communiquer au péritoine environnant, mais cela peut arriver dans les métrites spontanées, et déterminer une péritonite partielle très bornée, qui a cédé aux moyens ordinaires. La guérison n'en a pas été solide, et elle date actuellement de près de deux ans (1853). Ensuite vient l'*inflammation du tissu cellulaire péri-utérin*. Cette inflammation ne survient pas

ordinairement pendant le séjour de l'instrument, mais à la première éruption de règles qui suit son enlèvement ; elle se termine dans l'immense majorité des cas par résolution, mais elle peut aussi se terminer par l'ouverture d'un foyer purulent dans le vagin, comme cela a lieu dans les cas de phlegmon péri-utérin, qui se produisent dans d'autres circonstances très diverses, et qui sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit communément.

On observe encore des *ménorrhagies*, rarement de véritables *métrorrhagies*. Ces pertes de sang n'ont aucune importance ; elles s'arrêtent spontanément, ou il faut de très faibles moyens pour les faire cesser. Elles ne nuisent en rien au succès du traitement, et nous avons vu même que plusieurs médecins pensent qu'elles sont utiles ; mais nous ne saurions partager cette opinion.

Restent enfin les attaques d'*hystérie* et quelques accès *fébriles* passagers qui peuvent contrarier le traitement en le retardant ; mais qui n'ont pas d'importance réelle. Les attaques d'hystérie seules, quand elles sont très violentes, ont un grand inconvénient, parce qu'elles peuvent faire craindre que les malades, dans leurs convulsions, ne se blessent avec l'instrument ; aussi faut-il recommander de l'enlever dès qu'elles apparaissent.

*Appréciation de ces accidents.* — Les faits mentionnés plus haut parlent trop en faveur du traitement, pour que nous insistions sur le premier point.

Quant à l'état des malades, tous les praticiens savent combien il est désespéré. Les malades pauvres sont réduites à l'inaction et à la misère ; les autres ont toutes leurs fonctions troublées ; elles ne peuvent pas vivre de la vie ordinaire ; elles éprouvent souvent de vives douleurs ; la plupart ont été de tout temps ou sont devenues stériles ; toutes ont perdu en tout ou en partie leurs forces, leur embonpoint, le calme de l'esprit. N'est-ce pas là une affection des plus sérieuses, et qu'il faut nécessairement chercher à guérir ? C'est ce dont sont bien convaincus les praticiens qui sont si souvent désespérés par ces affections interminables auxquelles ils ne peuvent pas apporter de remède efficace.

Mais y a-t-il d'autres moyens utiles ? Nous ne pouvons pas apprécier rigoureusement ici les autres modes de traitement ; les éléments nous manquent. Plusieurs ont procuré quelques guérisons, beaucoup ont soulagé les malades ; mais il faut reconnaître qu'ils ne s'adressent, pour la plupart, qu'à des cas particuliers, ou bien qu'ils ne procurent que des soulagements passagers, après lesquels l'affection recommence, surtout si les femmes veulent reprendre leur train de vie ordinaire. Or, des moyens qui n'ont d'action qu'à la condition que des malades jeunes garderont un repos presque absolu, ou se priveront de tout, ne peuvent être regardés que comme de faibles palliatifs. Ajoutons que parmi ces moyens il en est, tels que les pessaires, les bondons, en un mot, tous les instruments ayant une action sur l'utérus, qui partagent avec le redresseur utérin une partie des inconvénients signalés plus haut.

Ainsi donc s'exposer, au prix d'une guérison très probable, à produire, dans quelques cas, des accidents presque constamment légers, et auxquels on peut facilement porter remède, ou abandonner à leur sort des malades atteintes de maladies douloureuses, à marche généralement progressive, qui les condamnent à l'inaction, souvent à la misère, ou bien enfin ne recourir qu'à des moyens le plus souvent palliatifs, telle est l'alternative où se trouve placé le médecin. Nous ne croyons pas

le praticien le plus prudent puisse hésiter, d'autant plus que, comme on va le voir, lorsqu'on prend certaines précautions, on évite les accidents dont il s'agit.

Kiwisch, MM. Simpson, Rigby, Protheroe Smith, Cuning, Mayer (de Berlin), etc., l'ont adopté ; à Paris, MM. Maisonneuve et Richet en tirent tous les jours un excellent parti ; à Montpellier, M. Broussonnet, qui a suivi notre clinique, l'a mis en usage avec succès ; M. Lediberder, à Lorient, y a eu recours dans plusieurs cas, et nous écrit que les résultats sont éclatants, et nous pourrions citer d'autres noms de médecins habiles qui n'ont pas cédé aux préventions. Comment être étonné que ces médecins, *après avoir vu*, auraient adopté un pareil traitement, qui leur avait paru à la fois efficace, et aussi exempt de danger que peut l'être un traitement chirurgical quelconque ?

*Moyen de prévenir les accidents et d'en arrêter les progrès.* — Mais, ainsi que nous l'avons vu, ces accidents peuvent se produire, et il importe de savoir quelles sont les circonstances dans lesquelles ils ont lieu, afin de les éviter, et quels sont les moyens qu'on doit leur opposer.

Avant d'arriver au traitement mécanique, il faut s'assurer s'il existe des signes d'inflammation un peu notables et les combattre par les émissions sanguines générales et locales, les vésicatoires morphinés, le repos, etc. Il arrive même, dans un grand nombre de cas où l'inflammation est aiguë, qu'on la dissipe tout à fait, et que l'utérus reprend sa position normale. Nous avons montré, à notre clinique, plusieurs cas de ce genre, car nous ne prétendons nullement qu'il faille toujours et sans hésitation recourir au redresseur. Les médecins qui croient qu'on peut guérir les déviations par ces moyens ont eu en vue des cas de ce genre, et ont appliqué aux déviations en général, ce qui ne convient qu'à ces cas particuliers.

Il faut habituer l'utérus au contact des instruments, en pratiquant plus ou moins fréquemment le cathétérisme, sans craindre d'y consacrer un temps un peu long.

Il faut porter un diagnostic très précis, surtout dans les cas de flexion, et pour cela il faut se servir de la sonde, en prenant très exactement les mesures. Souvent, on peut ignorer le siège de la flexion, croire même à une simple version ; implanter la sonde dans le coude que forme l'utérus fléchi, et même perforer l'organe. Le moindre inconvénient d'une pareille erreur serait de faire beaucoup souffrir la malade, sans qu'il pût en résulter le moindre profit pour elle.

Avant d'appliquer le redresseur, on doit remettre avec soin l'utérus en place et effacer toute flexion. La tige du redresseur pénètre alors avec facilité, elle ne peut pas arc-bouter contre la paroi utérine, et, si l'instrument est ensuite bien introduit, elle ne risque pas d'irriter l'organe.

On doit se rappeler la longueur qu'il faut donner à la tige et que nous avons indiquée plus haut. Dans les flexions, elle doit dépasser le point fléchi d'un centimètre au moins.

Si l'utérus offre une très grande résistance au redressement ; s'il résulte de cette manœuvre des tiraillements douloureux, il est plus que probable qu'il y a des adhérences ou un retrait des tissus péri-utérins ; il ne faut pas insister, parce qu'on pourrait produire des ruptures ou des éraillures, dont on comprend les conséquences. Ces cas sont ordinairement incurables.

Il ne faut pas placer l'instrument à une époque trop voisine des règles ; l'uté-

rus est alors plus disposé à l'inflammation, ce qui est démontré par les inflammations spontanées qui surviennent ordinairement à cette époque. On s'exposerait davantage, en outre, à rendre les règles trop abondantes.

8° Si l'utérus paraît conserver une trop grande susceptibilité, il est bon de ne pas laisser d'abord l'instrument en place que pendant quelques heures. Plus tard l'habitude est prise, et l'on peut le laisser plusieurs jours.

9° Lorsque, après avoir porté l'instrument plusieurs jours sans en éprouver aucun inconvénient, les femmes se plaignent d'une gêne, d'une douleur, quelque faible qu'elle soit, il faut le retirer, sauf à le remettre ensuite. Nous avons vu des observations dans lesquelles on avait forcé les femmes à conserver l'instrument, malgré la douleur, et où l'on s'étonnait d'avoir produit une métrite. Dans d'autres cas, au contraire, on avait le tort de le retirer alors qu'elles n'en éprouvaient que du soulagement.

10° Quand les règles surviennent, il vaut mieux, retirer l'instrument malgré les faits cités où il a été conservé sans inconvénient. Cette précaution peut retarder un peu la guérison, mais elle la rend plus sûre.

11° Enfin, s'il est survenu une métrite, une inflammation péri-utérine, une métrorrhagie, il faut enlever sur-le-champ l'instrument et combattre ces accidents par les moyens indiqués.

Telles sont les *précautions générales* à prendre dans ce traitement, qui sera mieux appliqué à mesure qu'il sera mieux connu. On ne trouvera pas ces détails trop longs et l'on nous pardonnera quelques répétitions à cause de l'importance du sujet.

Le redressement de l'utérus ne doit pas alarmer un praticien prudent, et cependant, pour le rendre plus facile encore, pour faire éviter les inconvénients qui pourraient résulter de l'introduction d'une tige dans l'intérieur de la matrice, entre des mains peu expérimentées, nous l'avons simplifié : nous avons supprimé la tige et employé seulement le *redressement par la sonde combiné avec l'usage du pessaire en caoutchouc à insufflation*. Mais ce moyen n'a pu être encore appliqué qu'au renversement en arrière, et c'est pourquoi nous avons conservé les descriptions précédentes, car la tige doit être employée encore dans les renversements en avant. Aussi ne décrirons-nous le nouveau procédé qu'après avoir présenté une appréciation générale du traitement des déviations par le redressement utérin.

*Appréciation générale du traitement.* — Les malades étaient presque toutes depuis longues années dans un état de santé déplorable, et la plupart d'entre elles avaient été soumises à des traitements fort longs qui étaient restés infructueux, bien que dirigés par les hommes les plus habiles. C'est ainsi que nous avons cité des cas traités pendant plusieurs années par Lisfranc et par Récamier, ce dernier ayant parfaitement reconnu la nature de la maladie. D'autres avaient reçu les soins de médecins non moins habiles, et si elles n'avaient pas obtenu la guérison, c'est que l'art était impuissant. En présence de ces succès presque constants, beaucoup de médecins se bornent à prescrire de simples palliatifs. Quels sont les moyens qu'on avait employés ?

*Traitement antérieur.* On avait mis en usage les *saignées spoliatives*, les *émisions sanguines locales répétées*, les *émollients*, les *narcotiques*, les *ferrugineux*, *des injections diverses*. On avait fait garder aux malades un *repos* plus ou moins

absolu ; on leur avait fait porter des *ceintures*, Quelques-unes avaient pris des médicaments propres à combattre l'engorgement et qu'on désigne sous le nom de *fondants* ; beaucoup avaient été *cautérisées* longtemps de diverses manières. Plusieurs avaient fait usage des divers *pessaires* mentionnés plus haut.

Dans certains cas où la nature de la maladie avait été méconnue, on avait traité la dyspepsie, la gastralgie, des névralgies diverses, l'anémie ; et même la maladie prenant parfois l'aspect d'autres affections, on avait cru avoir affaire à des phthisies, des engorgements de divers organes abdominaux, des affections du cœur, contre lesquels on avait dirigé le traitement.

Nous ne disons pas, néanmoins, que ces divers traitements soient absolument restés sans résultat. A certaines époques une amélioration manifeste s'est déclarée ; mais dès que les malades reprenaient leurs habitudes, les symptômes se reproduisaient. Nous avons déjà l'explication de ce fait. Les moyens indiqués s'adressaient à certains symptômes souvent très pénibles, et surtout à un certain degré d'inflammation occasionnée par les fatigues, les excès, l'appauvrissement du sang ; or, il devait nécessairement résulter de leur emploi un soulagement marqué ; mais la cause du mal persistant, ses effets se reproduisaient à la première occasion.

Les malades que nous avons eu à traiter se trouvaient donc dans les conditions les meilleures pour rendre évidents les résultats favorables et permanents que nous nous sommes obtenus. Nous avons traité des femmes qui nous ont été confiées par des confrères, et qui, malgré leurs soins habiles, ne pouvaient même pas marcher. Après le traitement, elles ont pu reprendre leurs occupations et faire de longues courses sans inconvénient. Ces faits sont concluants ; il suffit de les mentionner.

#### EMPLOI DU REDRESSEMENT PAR LA SONDE ET DU PESSAIRE BALLON EN CAOUTCHOUC COMBINÉS.

Nous avons dit plus haut que, depuis quelque temps, nous avons simplifié le traitement relativement aux *renversements en arrière* (rétroversion et rétroflexion).

Quand une femme paraît bien préparée au traitement, que la cavité utérine n'a pas une sensibilité trop vive, que l'utérus se redresse assez bien, on procède comme il suit :

Introduisez la sonde utérine jusqu'au fond de la matrice, en portant la concavité et le bec de la sonde en arrière, puis ramenez le bec et la concavité en avant, et par un mouvement doux portez le corps de la matrice vers le pubis. Cela fait, placez l'index qui a servi à diriger la sonde sur la face antérieure du col, et en même temps que vous retirez l'instrument, repoussez fortement le col en arrière et en haut vers la concavité du sacrum. Prenez alors le pessaire en ballon qu'on peut appeler *redresseur extra-utérin*, introduisez-le vide, et roulé dans le cul-de-sac antérieur du vagin ; puis, si vous avez un aide, faites insuffler avec une poire en caoutchouc préalablement gonflée d'air. Si vous êtes seul, ajustez rapidement la poire à insufflation, introduisez de nouveau l'index pour tenir le col repoussé en arrière et ne lâchez qu'après avoir commencé l'insufflation, que vous continuez ensuite.

Le gonflement du redresseur extra-utérin fait éprouver aux malades un effet



désagréable qui ne tarde pas à se calmer. S'il persiste, c'est que le ballon est trop gonflé, ce qu'il faut toujours éviter. On donne alors issue à une partie de l'air emprisonné, ce qui produit immédiatement un soulagement marqué.

Dans cette situation, l'utérus, préalablement bien redressé, ne peut plus se renverser. Il faudrait, en effet, que sa partie inférieure pût se porter de nouveau vers le pubis, ce qui ne peut se faire dans le vagin distendu par le redresseur extra-utérin. Quant à sa partie supérieure, même dans les rétroflexions, elle ne peut pas se porter en arrière, la vessie ne l'atteignant que dans son extrémité qu'elle ne peut plus repousser suffisamment en se gonflant.

Les malades ont besoin de s'habituer à ce corps étranger ; aussi, les premiers jours, convient-il de ne pas le laisser plus de vingt-quatre heures, et moins encore dans certains cas. Plus tard, il faut le laisser trois ou quatre jours, afin que l'utérus reste en place. Alors les malades le portent facilement. A chaque nouvelle application, il faut redresser de nouveau l'utérus avec la sonde.

Les malades apprennent bientôt à insuffler l'appareil elles-mêmes, ce qu'il faut faire deux ou trois fois par jour, l'air se perdant assez facilement dans les ballons les mieux fermés. Enfin, lorsque la matrice se maintient en place, elles peuvent enlever l'instrument pour les soins de propreté, et le replacer très bien elles-mêmes. Mais il faut pour cela que le col se maintienne en arrière ; car autrement elles pourraient introduire le redresseur dans le cul-de-sac postérieur, repousser l'utérus dans sa position vicieuse.

Il n'est pas rare de voir cet appareil si simple produire un certain degré d'irritation ; parfois même, à la première apparition des règles, il survient un peu de congestion utérine, tant il est vrai que tout moyen énergique a toujours quelques inconvénients ; mais ces inconvénients n'ont pas d'importance réelle.

*Résultat de l'emploi du redresseur extra-utérin.* — Nous avons réuni neuf cas, dont sept de rétroversion et deux de rétroflexion, dans lesquels ce moyen a été employé, et nous avons déjà obtenu sept guérisons radicales. Dans un cas, un peu d'irritation utérine a fait momentanément suspendre le traitement ; mais la matrice était déjà en grande partie redressée. Dans le huitième, nous avons obtenu une grande amélioration, mais des causes particulières ont également suspendu le traitement.

Pour montrer toute l'efficacité de ce traitement, nous indiquerons les conditions dans lesquelles se trouvaient deux de ces malades. L'une, affectée de rétroversion, était restée couchée pendant deux ans et demi, ne pouvant plus faire un pas sans de vives douleurs, se tenant, quand elle voulait essayer, complètement courbée, et avançant avec peine un pied au-devant de l'autre. Les parties génitales étaient si douloureuses qu'il a fallu six semaines pour la préparer au traitement. Aujourd'hui elle fait de longues courses, parfaitement droite, et a pu faire de petits voyages en voiture et en chemin de fer sans aucun inconvénient. Nous ajouterons que cette malade, qui est de la province, avait fait le voyage de Paris, qu'elle y avait été traitée pendant trois mois avec énergie et par les moyens connus, et qu'elle en était repartie absolument dans le même état. Cette malade nous a été adressée par M. Quesnel, médecin principal de la marine à Brest.

Chez la seconde malade, la matrice, ramollie, présentait deux flexions en arrière. Après trois mois de traitement, la matrice a été redressée ; seulement le col se

porte encore un peu en avant, ce qui résulte de la brièveté de la paroi antérieure du vagin, disposition évidemment congénitale.

Ces faits n'ont pas besoin de commentaire. Ils prouvent que par ce procédé l'utérus est et reste redressé aussi bien que par le redresseur à tige intra-utérine. C'est donc un véritable progrès dans le traitement des déviations.

Malheureusement ce traitement ne peut pas s'appliquer aussi bien, à beaucoup près, aux déviations en avant (antéversion, antéflexion). Ce qui s'y oppose, c'est que les pubis empêchent que le redressement soit aussi complet que dans les déviations postérieures, d'où il résulte qu'on n'a pas en arrière une prise suffisante pour le redresseur extra-utérin. Peut-être, plus tard, cette difficulté sera-t-elle surmontée par une modification à la forme de cet instrument.

*Moyens adjuvants.* — Il suffit souvent de l'emploi du redresseur intra ou extra-utérin pour faire disparaître les symptômes de la maladie. Mais certaines malades étant très anémiées et affaiblies, les *ferrugineux* leur ont été administrés pour hâter le rétablissement de leurs forces et pour combattre l'appauvrissement du sang. Chez d'autres, la gastralgie étant intense, les *amers*, quelques *laxatifs*, les *narcotiques* à faible dose, surtout au moment de manger, ont été prescrits. Les névralgies trop intenses ont été combattues par les *vésicatoires volants avec ou sans morphine*. Enfin, chez la plupart, nous avons prescrit des *lotions d'eau froide sur tout le corps*.

On ne saurait attribuer la guérison à ces moyens; car, employés seuls, ils n'ont jamais réussi, tandis que dans plusieurs cas, ils ont été complètement négligés sans que pour cela la guérison ait été moins prompte et moins solide.

*Douches froides.* — M. le docteur Fleury a employé les douches froides sur le pourtour du bassin, sur les lombes, etc. Ce moyen est très utile pour calmer les douleurs, pour diminuer l'engorgement, et il a amélioré notablement l'état des malades dans plusieurs cas; mais nous ne l'avons pas encore vu produire une guérison radicale.

Nous allons pouvoir tracer en peu de mots l'histoire de chacune des déviations en particulier.

## ARTICLE II.

### ANTÉVERSION.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'antéversion proprement dite est une déviation dans laquelle le corps de l'utérus est porté en avant vers le pubis sans qu'il existe aucune flexion de l'organe, de telle sorte que le col se trouve porté plus ou moins fortement en arrière et en haut. Cette maladie a reçu le nom de *pronatio uteri*. Tout porte à croire qu'elle est la plus fréquente des déviations. Ainsi, dans une première série de faits nous l'avons rencontrée 21 fois sur 68 cas, tandis qu'il n'y avait que 11 antéflexions, 3 antéversions flexueuses, 10 rétroversions simples, 12 rétroflexions et 11 rétroversions flexueuses. Dans une seconde série, nous avons trouvé, sur 49 cas, 24 antéversions, 4 antéflexions, 14 rétroversions, 6 rétroflexions et 1 rétroversion flexueuse. Ces chiffres ne sont pas encore suffisants, sans doute, pour assigner à chaque espèce sa fréquence proportionnelle; mais tout porte à croire que la plus grande

fréquence de l'antéversion est réelle. Il est probable que les auteurs qui ont avancé le contraire, ont laissé passer inaperçues des antéversions médiocrement prononcées, tandis que les autres déviations ont attiré leur attention par leur caractère plus frappant.

## § II. — Causes.

Nous allons retrouver ici les causes indiquées dans l'article précédent; il suffira donc de voir ce qu'elles présentent de particulier dans l'antéversion.

### 1° Causes prédisposantes.

*Age.* — Dans la première série, le début de l'affection, dont il faut seulement tenir compte, avait eu lieu de dix-neuf à trente-trois ans, en moyenne vingt-six ans environ. L'examen de la seconde série a confirmé ces résultats. Les cas d'antéversion *congénitale* sont beaucoup plus rares que ceux d'antéflexion; cependant il en existe. M. Huguier en a cité un, et nous en avons observé un autre sur le cadavre d'une jeune fille morte de fièvre typhoïde (1).

La *constitution* est aussi souvent robuste que médiocre et faible. Lorsque la maladie a duré longtemps, les femmes paraissent souvent d'une faible constitution; mais c'est une constitution acquise. Quant au *tempérament*, il était lymphatique dans un tiers des cas environ, lymphatico-nerveux dans le second tiers, sanguin ou bilieux dans le troisième. Or, comme nous ne connaissons pas encore la proportion réelle des divers tempéraments, il suffit de cet énoncé.

*Leucorrhée.* — On a accusé la leucorrhée de produire l'antéversion. Les renseignements qu'on obtient sur ce point sont presque toujours insuffisants. Dans une très petite minorité des cas la leucorrhée a précédé la déviation; si elle est survenue plus tard, c'est simplement comme symptôme de la maladie.

La *menstruation* s'est ordinairement bien établie, et s'il y a eu des cas de dysménorrhée à l'époque de la première apparition des règles, ils n'ont pas paru plus fréquents que chez les autres femmes. Les autres troubles de la menstruation ont presque toujours suivi l'apparition de la maladie et ont constitué un simple symptôme.

### 2° Causes occasionnelles.

*Accouchement.* — Sur 45 cas que nous avons rassemblés en réunissant les deux séries, l'accouchement a été suivi trente-cinq fois d'une manière si évidente des symptômes de la maladie, que c'est à lui qu'il faut l'attribuer. Le nombre des enfants, la difficulté de l'accouchement, sa longue durée, n'ont pas paru avoir une influence marquée sur la production de la maladie, dans la grande majorité des cas. Il est certainement très admissible que la *sortie trop hâtive du lit*, la *marche prématurée*, les *fatigues* après l'accouchement peuvent produire la déviation; mais cela n'a eu lieu que dans une très faible minorité des cas.

Les remarques qui précèdent s'appliquent parfaitement à l'*avortement*, qui a été suivi de l'antéversion bien plus rarement que l'accouchement à terme.

(1) Il est important de tenir compte ici des antéflexions signalées par M. Boulard.

Dans un petit nombre de cas, on voit la déviation succéder immédiatement à de *violents efforts, des chutes, etc.*

Nous avons vu dans quelques cas, une simple *inflammation* de l'utérus produire antéversion, et ce qui prouvait que c'était bien là la cause, c'est que quand la guérison de l'inflammation pouvait être complètement obtenue, la matrice reprenait sa position normale.

Les recherches de MM. Kiwisch (1), Rokitansky, Virchow, etc., ont fait voir que ces *adhérences* retenaient dans certains cas l'utérus dans sa position vicieuse; mais nous ne croyons pas que ces adhérences aient été, dans la plupart des cas, la cause de la déviation; nous croyons plutôt que la déviation s'étant d'abord produite, l'inflammation du péritoine a déterminé des adhérences qui ont empêché l'utérus de se relever. La matrice pouvant, dans la très grande majorité des cas, être relevée sur le vivant, sans aucun tiraillement et sans aucune résistance, il en résulte, ainsi que l'a déjà fait remarquer M. Mayer, que les adhérences sont en réalité beaucoup moins grandes que ne le pensent les auteurs qui n'ont fait que des recherches cadavériques.

Quant aux autres causes, telles que l'*engorgement de la paroi antérieure de l'utérus, l'augmentation de volume des organes abdominaux, le cancer*, leur influence est douteuse. Dans un seul cas, cité par madame Lachapelle, l'*adhérence du col à la paroi postérieure du vagin* a été constatée.

Parfois, enfin, on ne découvre aucune cause évidente; il est probable que dans plusieurs des cas où il en est ainsi la déviation est congénitale.

### § III. — Symptômes.

Les symptômes de cette affection sont nombreux. Ils existaient presque tous dans les divers cas soumis à notre observation; mais ils étaient variables quant à leur intensité.

*Début.* — Le début de la maladie n'est brusque ou rapide que dans les cas de *grands efforts, de secousses, de chutes*. En pareil cas, les symptômes sont rapidement portés à un haut degré d'intensité, et il est arrivé quelquefois que les malades ont senti au moment même où la cause a agi, une douleur, une sensation particulière, une espèce de craquement, un tiraillement qui a été le signal de la maladie.

Dans les autres cas, les symptômes se sont produits lentement. C'était d'abord de la douleur dans les aines et les cuisses, puis de la fatigue pendant la marche, qui devenait ensuite difficile; enfin la miction fréquente, la leucorrhée, les troubles des fonctions digestives, etc. La maladie était alors confirmée.

*Symptômes de la maladie confirmée.* — Dans un seul cas il y avait absence de douleur; mais la malade ressentait en urinant une sensation particulière et très désagréable, ce qui rattachait ce fait à la règle générale.

Presque toujours la *douleur spontanée* a son siège dans les deux aines. Parfois elle n'existe que d'un seul côté ou à l'hypogastre. Elle est, en général, plus vive d'un côté vers lequel s'incline l'utérus. Cette douleur s'irradie ordinairement dans

1 *Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechtes*. Prag, 1851.

## § II. — Causes.

Sous le rapport des causes, il n'y a rien qui appartienne en propre à la rétroversion. On peut lui appliquer ce que nous avons dit de l'antéversion. M. Simpson a, il est vrai, insisté beaucoup sur la constipation comme cause occasionnelle ; mais les observations démontrent que le plus souvent la constipation est survenue après l'apparition de la maladie.

Ayant observé cinq cas sur vingt-quatre dans lesquels la maladie étant survenue soit chez des vierges, soit chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfants et très peu de temps après les premiers rapprochements sexuels, nous avons été porté à regarder le déplacement comme *congénital*.

## § III. — Symptômes.

La *douleur* qui se manifeste spontanément dans tous les cas n'a présenté rien de particulier, si ce n'est qu'elle *occupe constamment les lombes*, ce qui n'a pas toujours lieu dans l'antéversion, et que parfois elle a son *siège dans la région sacrée* elle-même. Sous-tous les autres rapports (points névralgiques, douleurs des cuisses, du thorax, etc.), il n'y a pas de différence.

La *constipation* est constante, ce qui est loin d'exister dans les renversements en avant. Elle s'explique par la compression que le corps de la matrice exerce sur le rectum. Dans quelques cas, elle alterne avec du *dévoiement* et le rejet de *mucosités* plus ou moins abondantes. Quelquefois, enfin, il y a par moments des *douleurs expulsives* dans le rectum sans aucun résultat. L'utérus, en même temps qu'il excite le rectum par sa présence, joue alors le rôle de soupape.

Le *volume de l'utérus* est presque toujours augmenté. L'organe est *lourd*, parfois douloureux à la face postérieure du corps. La paroi postérieure a souvent une épaisseur plus grande qu'à l'état sain, ce que l'on reconnaît par le moyen de la sonde, comme on le verra tout à l'heure.

*Examen de l'utérus.* — A l'aide du *spéculum*, on constate ce qui suit : le col se présente par sa face postérieure ; on voit en haut son orifice, et à peine distingue-t-on une petite partie de sa lèvre antérieure. *Pour saisir le col*, il faut diriger fortement l'extrémité de l'instrument en haut et en avant.

Par le *toucher vaginal*, on reconnaît que l'utérus est situé plus bas qu'à l'état normal. On sent l'orifice externe en avant contre la paroi du vagin et le bas-fond de la vessie. Plus haut, en avant, on ne sent pas le corps, on trouve comme un grand vide où n'existe que la résistance molle de la masse intestinale. Si l'on porte le doigt le long de la face inférieure et en arrière, on peut parcourir presque toute l'étendue de l'utérus, dont on suit le corps dans la concavité du sacrum. Quand il n'y a qu'une simple obliquité, on sent que le corps se porte vers l'angle sacro-vertébral ; il fait directement suite au col.

Le *toucher rectal* n'est nullement indispensable. Quand on le pratique, on sent le corps globuleux qui déprime la paroi antérieure du rectum.

*Cathétérisme utérin.* — Il faut d'abord, avec le bec de la sonde et en dirigeant sa concavité en arrière, aller chercher l'orifice externe. L'instrument est immédiatement arrêté parce qu'il vient heurter contre la paroi antérieure du col. On porte

*Cathétérisme utérin.* — Ce moyen est indispensable pour connaître la profondeur de l'organe, sa sensibilité, la facilité avec laquelle on peut le relever. Voici dans cette manœuvre ce qui s'applique plus particulièrement à l'antéversion.

Portez profondément en arrière l'indicateur de la main gauche, cherchez l'orifice externe, ramenez un peu l'utérus en avant, faites pénétrer le cathéter dans le col; puis, sans brusquerie, sans employer de violence, abaissez le manche vers le périnée en poussant doucement le bec de la sonde en haut et en avant. Si le doigt n'a pas pu pénétrer jusqu'à l'orifice du col, ce qui arrive quelquefois chez les femmes chargées d'embonpoint et à bassin large, on se sert du bec de la sonde comme d'un crochet mousse pour attirer le col.

Ce cathétérisme est ordinairement très facile. La seule disposition qui puisse y mettre obstacle est la coarctation de l'orifice interne. En pareil cas, il ne faut rien brusquer, et l'on doit employer une sonde utérine plus fine; plus tard, l'orifice dilaté permet l'introduction de la sonde ordinaire. La même remarque s'applique aux coarctations accidentelles.

Si l'utérus est exempt d'adhérences, on le ramène promptement et facilement à la position normale, mais il retombe presque immédiatement après. Pour s'assurer donc que tous les tissus sont souples autour de lui, il faut se hâter de les explorer dès qu'on a retiré la sonde.

Cette exploration est ordinairement peu douloureuse.

Si maintenant nous examinons les autres symptômes présentés par les malades, nous trouvons que presque constamment la *marche* est gênée à des degrés variables. Les cas excessivement rares où il en est autrement, lorsque les femmes se présentent à l'observation, doivent être regardés comme des exceptions.

Les malades éprouvent parfois des *douleurs hors du bassin*, ce sont des *névralgies intercostales*, *lombo-abdominales*, des douleurs de *rhumatisme musculaire*, etc.

Les *forces* sont généralement abattues. Les malades se fatiguent avec une grande facilité. Elles sont en général un peu *pâles*, légèrement *amaigries*. Leur *appétit* est diminué ou capricieux; leurs *digestions* sont lentes, difficiles, accompagnées souvent de gonflement épigastrique et de douleurs plus ou moins vives (gastralgie).

Nous avons noté souvent l'*hystéricisme* consistant dans une oppression sterno-bryngée et des envies de pleurer. Trois fois seulement sur 45 cas, il y avait de véritables *attaques d'hystérie convulsive*.

*Conséquences de la déviation. — Avortement.* — Rarement l'avortement survient chez les femmes affectées d'antéversion. Nous ne l'avons noté que quatre fois sur 45 cas. Ce nombre ne paraît pas beaucoup plus grand que celui qu'on observe dans les circonstances ordinaires.

*Difficulté de l'accouchement.* — Il résulte des recherches de M. Dezauneau (1) que si l'antéversion existe chez des femmes qui ont déjà eu des enfants et dont les parois abdominales sont flasques, la matrice peut ne pas se relever; alors elle se porte par son fond au-devant du pubis, le col reste en arrière et en haut, et au moment de l'accouchement les contractions poussent le fœtus vers le sacrum. Nous avons vu un cas où les choses menaçaient de se passer ainsi, si nous n'y avions pas,

(1) *De l'obliquité antérieure de la matrice.* Paris, 1835.



un autre moyen, et mis en usage le *cathétérisme*, le *redressement momentané* et le *pessaire de caoutchouc* combinés.

Ce dernier moyen, décrit précédemment, a été appliqué à sept cas que nous avons sous les yeux. Dans six la guérison est complète, le septième est encore en traitement, et il y a déjà une amélioration évidente. La durée du traitement a été de trois semaines à trois mois et demi. Cette dernière durée est exceptionnelle. La guérison est encore récente, mais chez toutes l'utérus est si bien replacé, qu'il est plus que probable qu'elle sera permanente. Nous croyons donc que ce dernier mode de traitement, qui est facile et aussi efficace que le premier, doit être définitivement adopté.

En somme, sur 24 rétroversions, 21 ont été guéries par l'un ou par l'autre moyen, ce qui est un résultat des plus satisfaisants.

## ARTICLE VI.

### RÉTROFLEXION.

La rétroflexion nous offrira, à propos du diagnostic, quelques particularités très importantes, sur lesquelles nous appelons l'attention du lecteur.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *rétroflexion* est une déviation dans laquelle le corps de l'utérus se porte en arrière et plus ou moins bas, tandis que le col reste dans sa direction normale, ou seulement se porte dans la direction de l'axe du vagin, ou enfin se porte en arrière. Quelle que soit la direction précise de ces deux parties de l'organe, il en résulte toujours un angle à sinus postérieur et ordinairement inférieur.

*Formes.* — Nous avons reconnu trois formes principales dans la rétroflexion.

*A. Première forme.* — Le col n'est pas dévié de sa direction normale; le corps de l'utérus s'est seulement replié de manière que son fond vienne faire saillie un peu au-dessus, et en arrière du col.

*B. Deuxième forme.* — C'est la plus commune. Le col est porté en avant vers le bas-fond de la vessie; le corps est tombé en arrière, où il forme une tumeur globuleuse qui descend quelquefois aussi bas que le col.

*C. Troisième forme.* — C'est la plus rare et la plus difficile à reconnaître. Le col est porté en arrière comme dans l'antéversion, et le corps repose sur lui, de telle sorte que l'organe est complètement plié. Cette forme correspond à la seconde forme d'antéflexion décrite dans un des articles précédents.

La rétroflexion s'est montrée moins fréquente que la rétroversion simple. Dans la pratique on la trouve, du moins si l'on s'en rapporte aux faits observés jusqu'à présent, à peu près aussi souvent que l'antéflexion, ce qui est dû sans doute à ce qu'elle donne lieu plus constamment à des symptômes, car nous avons vu que sur le cadavre, l'antéflexion se rencontre bien plus souvent.

#### § II. — Causes.

Sous le rapport des causes, nous ne trouvons encore rien qui appartienne en propre à la rétroflexion. C'est surtout à propos de cette déviation que M. Simpson

Quant aux *adhérences*, la résistance et la douleur en indiquent l'existence lorsqu'on veut redresser l'utérus. Et pour l'*engorgement*, les *granulations*, les *excoriations*, la *métrite*, les moyens ordinaires d'exploration suffisent.

*Pronostic.* — Il résulte des faits, que les déviations en avant guérissent moins facilement que les autres. Sous ce rapport, l'antéversion ne présente rien de particulier. Lorsqu'il y a des adhérences péritonéales, l'affection doit être regardée comme incurable, car l'emploi de tout moyen mécanique serait imprudent.

### § VII. — Traitement.

Les divers traitements mis en usage avant l'emploi du redresseur intra-utérin ont été suffisamment exposés dans l'article consacré aux déviations en général, puisqu'ils ne présentent rien qui s'applique particulièrement à l'antéversion.

*Cathétérisme utérin.* — Il convient toujours de pratiquer le cathétérisme utérin pendant un certain temps, afin de voir comment l'introduction d'une tige dans l'utérus est supportée. Dans 2 cas seulement sur 45, ce redressement a suffi pour amener la guérison. Il faut l'employer pendant un temps qui varie beaucoup, suivant la susceptibilité de l'organe. Quelquefois il suffit de trois ou quatre fois, pour que tout soit bien préparé. Quelquefois il a fallu vingt séances et plus.

Pour redresser la matrice après l'introduction de la sonde, il suffit de ramener le manche en avant.

*Redresseur utérin.* — C'est aujourd'hui le redresseur à flexion articulée, avec disque en caoutchouc, que nous employons. La longueur de la tige ne doit pas dépasser 5 centimètres et demi, quelquefois 4 centimètres et demi suffisent. Les cordons de la ceinture doivent être un peu serrés, afin que la partie supérieure du plastron étant appliquée contre la paroi abdominale, la partie inférieure de la tige intra-utérine soit portée en avant et entraîne le col avec elle. Les sous-cuisses doivent être simplement attachés aux cordons de la ceinture.

Chez les femmes qui ont eu antérieurement des inflammations ou dont l'utérus est très sensible, il convient de ne laisser d'abord l'instrument en place qu'une demi-journée. Quand l'utérus est habitué à son contact, on agit comme nous l'avons dit dans l'article des déviations en général. C'est également à cet article que nous renvoyons pour toutes les autres parties du traitement qui ne doivent subir aucune modification quand il s'agit de l'antéversion.

Voici maintenant les résultats obtenus : sur 45 cas, 6 sont encore en traitement. Restent 39 dont 22 ont été guéries, 8 ont été améliorées ; 3 ont eu des rechutes occasionnées par des efforts, la fatigue, etc. ; 6 dont 2 ont eu une inflammation utérine ou péri-utérine, n'ont obtenu aucun bon effet de ce traitement.

Nous verrons dans les articles consacrés aux déviations en arrière que les résultats ont été meilleurs ; mais ceux-ci n'en sont pas moins d'une très grande importance, puisqu'il s'agit d'une maladie regardée comme incurable par la plupart des médecins.

## ARTICLE III.

## ANTÉFLEXION.

L'antéflexion se rencontre moins fréquemment sur le vivant que l'antéversion ; et cependant on la trouve plus fréquemment sur le cadavre, comme il résulte des recherches de MM. Rokitansky, Virchow et Boulard (1). Ce fait paraît d'abord étrange, mais les faits observés par M. Boulard en donnent une explication des plus satisfaisantes. Il a, en effet, démontré que le plus grand nombre des antéflexions sont congénitales. Or, on comprend très bien : 1° qu'avant l'action d'une cause occasionnelle ces déviations peuvent exister sans donner lieu à aucun symptôme ; 2° que si une grossesse a lieu, l'utérus peut se redresser ou se présenter seulement en antéversion. Pour le praticien, d'ailleurs, c'est ce qu'on peut constater pendant la vie qui a de l'importance, et ce sont des cas de ce genre dont nous allons nous occuper.

## § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il y a antéflexion lorsque le corps de l'utérus est couché en avant vers le pubis, tandis que le col conserve sa direction ou se porte lui-même en avant. Dans les deux cas, la *matrice est pliée*, mais elle l'est beaucoup plus dans le dernier.

## § II. — Causes.

Sous quelques rapports, les causes de la maladie présentent des particularités propres à l'antéflexion ; ce sont les seuls points que nous allons examiner.

## 1° Causes prédisposantes.

L'âge a varié de seize à trente ans, dans la première série de nos observations ; la moyenne était vingt et un ans moins une fraction. Dans la seconde série, les résultats sont, à très peu près, les mêmes. Nous voyons donc que l'âge au début est notablement moindre que dans l'antéversion : premier fait qui vient à l'appui des recherches de M. Boulard, puisqu'une disposition congénitale a mis l'utérus dans une condition telle qu'il a dû être influencé par les premières causes occasionnelles.

Sous tous les autres rapports, les causes prédisposantes ne différaient pas de celles de l'antéversion.

## 2° Causes occasionnelles.

Comme dans l'antéversion, nous avons noté quelquefois des *efforts violents*, des *chutes*, etc.

Sur 15 cas, quatre fois les symptômes de la maladie se sont manifestés *très peu de temps après les premiers rapprochements sexuels*. N'y a-t-il pas là une nouvelle preuve de la disposition congénitale vicieuse dans un certain nombre de cas,

(1) *Quelques mots sur l'utérus*, thèse. Paris, 1853.

osition qui n'a commencé à produire des symptômes qu'après les premières tations. Deux fois l'*inflammation* a produit le même résultat.

es faits sont plus significatifs encore si on les rapproche de cette circonstance marquable, que sur quinze malades trois étaient *vierges*, et cinq autres étaient *illes*. Cette proportion est si considérable, qu'on ne saurait la regarder comme l'effet du hasard.

ès souvent l'antéflexion est *congénitale*. Cependant il est des cas où, comme le médecin le reconnaît lui-même, l'antéflexion est *acquise*. Dans ces cas, les es ne diffèrent pas de celles de l'antéversion. Nous verrons plus loin comment Virchow explique le *mécanisme* suivant lequel se produit l'antéflexion.

### § III. — Symptômes.

Le *début* a été en général plus rapide que dans l'antéversion, ce qui ne s'explique encore que par la disposition de l'utérus, qui présentait souvent une flexion te formée.

*Symptômes de la maladie confirmée.* — Chez toutes les femmes il existait de douleur spontanée et provoquée ; mais c'était particulièrement au moment des es, et parfois la *dysménorrhée* était des plus considérables. Sous ce rapport, itéflexion l'emporte de beaucoup sur l'antéversion, parce que, sans aucun doute, lexion, en effaçant le canal utérin, empêche la sortie du sang.

*Examen au spéculum.* — Le col se présente presque toujours dans le champ du culum. Rarement il est volumineux. Le plus souvent il est long, mince et nt, circonstance non moins remarquable que les précédentes, et qui parle en e en faveur de l'antéflexion congénitale dans un bon nombre de cas.

*Toucher vaginal.* — Le toucher vaginal donne des résultats différents, suivant cas, car l'antéflexion se divise en deux formes distinctes.

1. *Première forme.* — Le col est peu ou point dévié, et le col est couché en nt comme dans l'antéversion. En pareil cas, la flexion a lieu à une hauteur de 2 à entimètres environ au-dessus de l'orifice externe.

ar le toucher vaginal, on trouve d'abord le col dans sa direction normale ou un ramené en avant, puis un angle peu aigu ; puis le corps horizontalement cou- et dont on peut suivre toute la face antérieure.

2. *Deuxième forme.* — Le col est dirigé en avant, et le corps, affaissé sur lui, re- sur sa partie antérieure devenue supérieure. L'utérus est complètement plié eux.

ar le toucher vaginal, on arrive directement sur la face postérieure du col, puis amenant le doigt en avant, on trouve l'orifice externe, et en suivant sa face rieuse, on arrive dans un angle très aigu et profond, au-dessus duquel on ve le fond de l'utérus formant une espèce de tumeur globuleuse.

e *toucher rectal* n'est pas nécessaire. Si on le pratique on sent que le corps de rus ne fait pas suite au col vers la concavité du sacrum.

i l'on combine le *toucher vaginal* avec le *palper hypogastrique*, on reconnaît le corps de l'utérus ne peut pas être aussi facilement saisi que quand il con- e sa direction normale.

*athétérisme utérin.* — L'emploi de la sonde est très utile dans l'antéflexion.

Il sert, en effet, à reconnaître la profondeur de la flexion, ce qui est très important pour le traitement.

*Première forme.* — La sonde introduite d'abord, comme si l'utérus n'était pas dévié, s'arrête à une profondeur de 2 centimètres à 3 centimètres et demi. Il faut noter cette profondeur, puis abaisser beaucoup le manche vers le périnée; par ce mouvement on la fait pénétrer facilement dans la cavité du corps.

*Deuxième forme.* — Il faut aller chercher l'orifice en haut et en avant, puis pénétrer la sonde en dirigeant son bec en arrière et en bas, ainsi que sa concavité. Elle est arrêtée dans ce mouvement à une profondeur de 3 à 4 centimètres. Alors on lui fait exécuter un mouvement circulaire qui ramène le bec et la concavité en avant, et l'on pénètre comme dans le cas précédent.

Ce cathétérisme est, comme on le voit, plus difficile que celui de l'antéversion. Dans les premiers temps, nous avons souvent échoué, parce que cette manœuvre, dont nous n'avons pas encore compris l'utilité, ne nous était pas familière.

Les autres symptômes ne diffèrent pas de ceux de l'antéversion, si ce n'est que la fréquence de la miction s'observe bien plus rarement, parce que le corps paraît moins, surtout dans la deuxième forme, sur la paroi postérieure de la vessie.

C'est surtout dans l'antéversion que Kiwisch et M. Virchow ont observé la rétention du mucus. Le premier même a vu cette déviation être la cause d'une véritable hydrométrie.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la maladie ne nous présente pas d'autre particularité que la rapidité de son début plus grande que dans l'antéversion, la constance plus grande des symptômes, et les exacerbations plus fréquentes et généralement plus violentes aux époques menstruelles. La durée et la terminaison ne nous offrent aucune considération propre à l'antéflexion.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Suivant qu'il existe une des deux formes précédemment décrites, l'utérus se présente dans des conditions différentes. Dans la première, il n'y a pas d'atrophie de la paroi antérieure; l'utérus est généralement engorgé et ferme. Dans la seconde, il existe souvent une disposition signalée par M. Depaul, dont nous avons fait voir un exemple remarquable à notre clinique (1), et que M. Virchow a très bien décrite. La matrice est pliée en deux; si on la redresse, le corps de l'utérus retombe immédiatement après sur le col. Au point de flexion, la paroi antérieure est très molle et amincie. Cette atrophie a été souvent portée au plus haut point dans les cas observés par M. Virchow (2). Cet habile anatomo-pathologiste a indiqué d'une manière précise le point où siège la flexion. C'est au-dessous du point où le péritoine se réfléchit dans l'excavation utéro-vaginale, et dans un espace compris entre le cul-de-sac péritonéal et le cul-de-sac vaginal. Cet espace, indiqué déjà par Lisfranc, a été parfaitement décrit dans les ouvrages de MM. Sédillot et Malgaigne.

(1) Voy. *Leçons cliniques*, p. 93, obs. VIII.

(2) *Verhandli der Gesellschaft für Geburtschülfe*, in Berlin, 1851.

Et M. Jobert l'a signalé avec soin, comme permettant de porter le bistouri au-dessus du cul-de-sac vaginal, sans intéresser le péritoine, dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Il y a donc là un point dans lequel il n'existe que du tissu cellulaire serré du côté du col, plus lâche vers le corps. C'est là, à la partie correspondante de l'orifice interne, que se fait la flexion.

Suivant M. Virchow, il faut, pour que l'antéflexion se forme, que le fond de l'utérus soit rendu moins mobile par la disposition des ligaments ou par des adhérences. Quant au col, le tissu cellulaire serré qui l'unit à la vessie le fixe naturellement. Quand, les choses étant en cet état, la vessie se dilate, le corps et le col ne peuvent pas céder puisqu'ils sont fixés. C'est la partie la plus mince, c'est-à-dire celle où passe la ligne de démarcation entre le col et le corps, qui se laisse repousser, et de là l'antéflexion. Cette théorie ne peut s'appliquer qu'à la seconde forme; mais même, en pareil cas, elle ne paraît pas complètement admissible, car, ainsi que l'a fait remarquer M. Mayer, on peut guérir de semblables antéflexions, ce qui n'aurait pas lieu si la cause incessante signalée par M. Virchow était bien réelle. D'un autre côté, M. Boulard a constaté dans un bon nombre de cas que l'antéflexion n'est autre chose que la persistance ou l'exagération de la forme naturelle de l'utérus chez le fœtus.

Des adhérences dans un certain nombre de cas, le rétrécissement de l'orifice interne; la coarctation d'une autre partie du col, telles sont les autres lésions anatomiques qu'il importe de mentionner.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

La direction normale du corps ou sa propulsion en avant, l'angle qui existe vers la jonction du col et du corps ou au-dessous, le corps de l'utérus transversal comme dans l'antéversion (1<sup>re</sup> forme), ou globuleux et retombant sur le col (2<sup>e</sup> forme), servent à faire distinguer cette déviation.

Cependant il est des cas rares où une *tumeur quelconque*, développée au devant de l'utérus, peut en imposer pour le corps replié. C'est ce que nous avons vu dans deux cas. Nous avons observé le premier à l'hôpital Sainte-Marguerite. Il y avait un *cancer de la vessie*, faisant saillie à la partie supérieure du vagin et donnant lieu à des symptômes de déviation (miction fréquente et douloureuse, douleurs, etc.). En pareil cas, le cathétérisme utérin fait voir que la direction de l'utérus n'est pas changée, et que la tumeur reste immobile lorsqu'on imprime des mouvements à cet organe, et, d'un autre côté, le cathétérisme vaginal fait reconnaître les lésions de la vessie et les altérations de l'urine.

Dans le second cas il y avait au devant de l'utérus une tumeur fournie par le *développement de l'ovaire*, qui ressemblait également au corps de la matrice. Ici le cathétérisme utérin est suffisant. Il montre que la matrice est seulement repoussée en arrière, puisque la sonde pénètre directement et que la tumeur est immobile. Le prolongement de cette tumeur vers la fosse iliaque est reconnu à l'aide du toucher vaginal et du palper hypogastrique combinés.

Un point très important de diagnostic consiste dans la détermination de la profondeur du point précis où existe la flexion. En admettant même, ce qui n'est pas qu'elle occupât toujours le siège que lui a assigné M. Virchow, le col peut être



plus ou moins long, ce qui rend le point de la flexion plus ou moins éloigné de l'orifice externe.

En pareil cas, il ne faut pas oublier le précepte général d'*introduire la sonde comme si elle devait pénétrer directement*. Après un certain trajet, elle est arrêtée par la flexion ; on la retire et l'on note avec soin à combien de millimètres elle a pénétré ; puis renouvelant la manœuvre, on abaisse le manche de l'instrument, et s'il pénètre sans difficulté autre que celle que lui oppose l'orifice interne, on connaît le point principal de la flexion.

Quant aux adhérences, à la rigidité des tissus, aux complications, elles se reconnaissent comme dans les autres déviations.

### § VII. — Traitement.

Le *cathétérisme utérin* produit une amélioration plus ou moins notable ; mais il n'a suffi pour procurer la guérison que dans un seul cas.

Par le *redresseur utérin*, M. Simpson et Mayer ont obtenu des guérisons remarquables. Pour nous, les résultats ont été très différents dans les deux séries de cas que nous avons traités. Dans la première, la guérison a été obtenue dix fois sur onze, et dans la seconde, une fois seulement sur quatre. Cette différence ne peut s'expliquer que par la nature des déviations qui étaient certainement congénitales dans les quatre cas de la seconde série. De ces malades, en effet, trois étaient vierges et la quatrième avait vu survenir les symptômes de sa maladie quelques jours après le mariage. Trois seulement ont été traitées, parce que la quatrième était tellement contrefaite (déviations extrêmes de la colonne vertébrale), que nous n'avons pas cru prudent d'appliquer le redresseur, la cavité abdominale étant trop rétrécie pour permettre le développement normal des organes.

Il est important : 1° que la tige du redresseur *dépasse la flexion d'un centimètre et demi environ* ; 2° que l'*utérus ait été redressé* par la sonde avant l'introduction.

Dans cette déviation, il faut enlever le redresseur dès que la malade se plaint, car on peut craindre que la paroi postérieure du corps n'appuie sur l'extrémité de la tige intra-utérine.

Si l'on ne dépassait pas la flexion, on courrait risque d'implanter la tige dans le coude qu'elle forme.

L'antéflexion nous paraissait plus facile à guérir que l'antéversion, nous fondés sur le plus grand nombre de guérisons et sur la plus courte durée du traitement. Cette proposition n'est exacte que relativement aux antéflexions acquises.

Nous n'avons rien à ajouter sur les *autres traitements proposés* et sur les *moyens accessoires* ; car nous n'aurions rien à dire qui s'appliquât spécialement à l'antéflexion.

## ARTICLE IV.

### ANTÉVERSION FLEXUEUSE (VARIÉTÉ).

*Définition.* — Dans les déviations que nous réunissons sous ce titre, l'axe de l'utérus, considéré d'une manière générale, se trouve dévié complètement comme dans l'antéversion, mais l'organe présente, en outre, *une ou plusieurs flexions*.

Il n'y a pas, comme dans l'antéversion, deux axes, un pour le corps, le col, venant se réunir à angle aigu, mais un seul axe représenté, ligne courbe, soit par une ligne ondulense ou brisée.

Dans l'antéversion avec flexion, nous avons trouvé *trois variétés* dif-

*variété.* — Dans la plus simple, l'utérus était absolument situé comme en antéversion; seulement la face antérieure, au lieu d'être complètement horizontale, présentait une courbe à concavité inférieure. C'est la flexion en arc de cercle.

*variété.* — Dans une autre, l'utérus, très engorgé, se trouvait formé par sa face antérieure, mais, en outre, le col était un peu courbé, et il y existait une légère flexion.

*variété.* — Enfin, dans le cas le plus compliqué, il existait deux flexions successives.

Pour le toucher, reconnaître autant que possible les flexuosités, puis avec douceur sans violence les sinuosités qu'elles forment.

Dans les autres rapports, on peut appliquer à l'antéversion flexueuse ce que nous avons dit de l'antéversion simple. Dans un cas, le résultat du *traitement* a été des plus remarquables, car Récamier et d'autres médecins avaient auparavant prescrit divers moyens usités sans obtenir autre chose que des améliorations passagères. La malade est parfaitement guérie, et son mari, qui est médecin, nous a adressé une lettre qui prouve combien elle était rebelle. Après un an et demi, elle ne s'est pas démentie.

## ARTICLE V.

### RÉTROVERSION.

C'est ce qu'il faut faire pour les déviations en arrière comme pour les déviations en avant, c'est-à-dire décrire d'abord la rétroversion simple, puis la rétroversion compliquée. Ce n'est pas l'avis de M. Simpson, qui se fonde sur ce que les deux affections donnent lieu à des symptômes semblables et doivent être traitées de la même manière. Mais si les symptômes sont semblables, ils ont une intensité variable, et les procédés d'exploration pour arriver au diagnostic présentent des différences importantes; et enfin, si le traitement est le même, il y a dans la manière de le diriger, et dans la plus ou moins grande promptitude de ses résultats, des particularités qui méritent d'être connues.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La rétroversion est une espèce de déviation dans laquelle la matrice est plus ou moins renversée en arrière, de telle sorte que le col se porte vers le pubis, et la concavité du sacrum. Elle est simple quand il n'y a pas de flexuosité sur l'axe de l'organe. On a donné à cette affection les noms de *renversement*, *supinatio*, *reclinatio uteri*. Elle est moins fréquente que l'antéversion; les recherches sur ce point doivent être multipliées.

## § II. — Causes.

Sous le rapport des causes, il n'y a rien qui appartienne en propre à la rétroversion. On peut lui appliquer ce que nous avons dit de l'antéversion. M. Simpson a, il est vrai, insisté beaucoup sur la constipation comme cause occasionnelle ; mais les observations démontrent que le plus souvent la constipation est survenue après l'apparition de la maladie.

Ayant observé cinq cas sur vingt-quatre dans lesquels la maladie étant survenue soit chez des vierges, soit chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfants et très peu de temps après les premiers rapprochements sexuels, nous avons été porté à regarder le déplacement comme *congénital*.

## § III. — Symptômes.

La *douleur* qui se manifeste spontanément dans tous les cas n'a présenté rien de particulier, si ce n'est qu'elle *occupe constamment les lombes*, ce qui n'a pas toujours lieu dans l'antéversion, et que parfois elle a son *siège dans la région sacrée* elle-même. Sous-tous les autres rapports (points névralgiques, douleurs des cuisses, du thorax, etc.), il n'y a pas de différence.

La *constipation* est constante, ce qui est loin d'exister dans les renversements en avant. Elle s'explique par la compression que le corps de la matrice exerce sur le rectum. Dans quelques cas, elle alterne avec du *dévoisement* et le rejet de *mucosités* plus ou moins abondantes. Quelquefois, enfin, il y a par moments des *douleurs expulsives* dans le rectum sans aucun résultat. L'utérus, en même temps qu'il excite le rectum par sa présence, joue alors le rôle de soupape.

Le *volume de l'utérus* est presque toujours augmenté. L'organe est *lourd*, parfois douloureux à la face postérieure du corps. La paroi postérieure a souvent une épaisseur plus grande qu'à l'état sain, ce que l'on reconnaît par le moyen de la sonde, comme on le verra tout à l'heure.

*Examen de l'utérus.* — A l'aide du *spéculum*, on constate ce qui suit : le col se présente par sa face postérieure ; on voit en haut son orifice, et à peine distingue-t-on une petite partie de sa lèvre antérieure. *Pour saisir le col*, il faut diriger fortement l'extrémité de l'instrument en haut et en avant.

Par le *toucher vaginal*, on reconnaît que l'utérus est situé plus bas qu'à l'état normal. On sent l'orifice externe en avant contre la paroi du vagin et le bas-fond de la vessie. Plus haut, en avant, on ne sent pas le corps, on trouve comme un grand vide où n'existe que la résistance molle de la masse intestinale. Si l'on porte le doigt le long de la face inférieure et en arrière, on peut parcourir presque toute l'étendue de l'utérus, dont on suit le corps dans la concavité du sacrum. Quand il n'y a qu'une simple obliquité, on sent que le corps se porte vers l'angle sacro-vertébral ; il fait directement suite au col.

Le *toucher rectal* n'est nullement indispensable. Quand on le pratique, on sent le corps globuleux qui déprime la paroi antérieure du rectum.

*Cathétérisme utérin.* — Il faut d'abord, avec le bec de la sonde et en dirigeant sa concavité en arrière, aller chercher l'orifice externe. L'instrument est immédiatement arrêté parce qu'il vient heurter contre la paroi antérieure du col. On porte

alors fortement le manche de la sonde en haut, en poussant doucement en arrière et on le fait pénétrer ainsi jusqu'au fond de l'utérus. Ordinairement il est facile de relever l'organe en tournant en avant la concavité de la sonde et en abaissant son manche vers le périnée. Quelquefois on éprouve une *résistance* ; si elle est très forte, il ne faut pas insister : il y a des *adhérences* qu'on pourrait rompre ; si elle est faible, c'est une simple *rétraction des tissus* qui cède quand on relève lentement l'utérus.

Les autres signes ou symptômes ne nous offrent rien qui soit particulièrement applicable à la rétroversion.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Tout ce qui a été dit des autres déviations s'applique à celle dont nous nous occupons.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Il n'y a rien non plus à ajouter à ce que nous avons dit des lésions anatomiques dans les généralités.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la rétroversion ne présente réellement aucune difficulté. La situation du col en avant, la continuation en ligne directe du corps vers la concavité du sacrum, suffisent déjà. Il ne peut plus rester le moindre doute lorsqu'on introduit la sonde et qu'ayant relevé l'utérus, on ne sent plus son corps dans cette concavité.

On a vu plus haut comment on diagnostiquait les *adhérences*. Quelquefois la paroi postérieure du corps est hypertrophiée ; on constate le fait en la touchant avec l'extrémité du doigt lorsque la sonde est introduite. On sent, en effet, une très grande épaisseur de tissu qui sépare le doigt de la sonde.

*Pronostic.* — Presque toutes les malades soumises à l'emploi du redresseur intra ou extra-utérin ont guéri. Il arrive cependant quelquefois que les douleurs ou des envies d'uriner persistent après le traitement ; mais ces cas sont exceptionnels. Toutes choses égales d'ailleurs, la rétroversion est moins sujette aux rechutes que les autres déviations. Sans l'emploi du traitement principal, cette affection n'a aucune tendance à la guérison radicale.

#### § VII. — Traitement.

Sur 24 cas, 17 ont été traités par le *redresseur intra-utérin* ; 15 ont été complètement guéris, dont 2 qui étaient encore en traitement quand nous avons fait l'histoire de notre première série de faits. Une a renoncé au traitement avant qu'on eût eu le temps d'agir ; une dernière a vu ses douleurs persister après le redressement. Elle avait présenté des symptômes de syphilis constitutionnelle ; mais le traitement antisiphilitique ne l'a pas débarrassée de ses douleurs.

Ce résultat est assurément des plus satisfaisants ; mais l'introduction d'une tige dans l'utérus étant difficile pour beaucoup de médecins, et pouvant occasionner quelques accidents dont on a beaucoup exagéré l'importance, nous avons cherché

un autre moyen, et mis en usage le *cathétérisme*, le *redressement momentané* et le *pessaire de caoutchouc* combinés.

Ce dernier moyen, décrit précédemment, a été appliqué à sept cas que nous avons sous les yeux. Dans six la guérison est complète, le septième est encore en traitement, et il y a déjà une amélioration évidente. La durée du traitement a été de trois semaines à trois mois et demi. Cette dernière durée est exceptionnelle. La guérison est encore récente, mais chez toutes l'utérus est si bien remplacé, qu'il est plus que probable qu'elle sera permanente. Nous croyons donc que ce dernier mode de traitement, qui est facile et aussi efficace que le premier, doit être définitivement adopté.

En somme, sur 24 rétroversions, 21 ont été guéries par l'un ou par l'autre moyen, ce qui est un résultat des plus satisfaisants.

## ARTICLE VI.

### RÉTROFLEXION.

La rétroflexion nous offrira, à propos du diagnostic, quelques particularités très importantes, sur lesquelles nous appelons l'attention du lecteur.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *rétroflexion* est une déviation dans laquelle le corps de l'utérus se porte en arrière et plus ou moins bas, tandis que le col reste dans sa direction normale, ou seulement se porte dans la direction de l'axe du vagin, ou enfin se porte en arrière. Quelle que soit la direction précise de ces deux parties de l'organe, il en résulte toujours un angle à sinus postérieur et ordinairement inférieur.

*Formes.* — Nous avons reconnu trois formes principales dans la rétroflexion.

*A. Première forme.* — Le col n'est pas dévié de sa direction normale; le corps de l'utérus s'est seulement replié de manière que son fond vienne faire saillie un peu au-dessus, et en arrière du col.

*B. Deuxième forme.* — C'est la plus commune. Le col est porté en avant vers le bas-fond de la vessie; le corps est tombé en arrière, où il forme une tumeur globuleuse qui descend quelquefois aussi bas que le col.

*C. Troisième forme.* — C'est la plus rare et la plus difficile à reconnaître. Le col est porté en arrière comme dans l'antéversion, et le corps repose sur lui, de telle sorte que l'organe est complètement plié. Cette forme correspond à la seconde forme d'antéflexion décrite dans un des articles précédents.

La rétroflexion s'est montrée moins fréquente que la rétroversion simple. Dans la pratique on la trouve, du moins si l'on s'en rapporte aux faits observés jusqu'à présent, à peu près aussi souvent que l'antéflexion, ce qui est dû sans doute à ce qu'elle donne lieu plus constamment à des symptômes, car nous avons vu que sur le cadavre, l'antéflexion se rencontre bien plus souvent.

#### § II. — Causes.

Sous le rapport des causes, nous ne trouvons encore rien qui appartienne propre à la rétroflexion. C'est surtout à propos de cette déviation que M. Simpson

il a parlé de la constipation opiniâtre ; mais ce que nous avons dit dans l'article précédent, à ce sujet, pourrait être reproduit ici. L'explication de M. Virchow, relativement à l'antéflexion, ne peut évidemment pas être invoquée ici. Et quant à la *rétroflexion congénitale*, nous n'avons pas trouvé un seul exemple incontestable ; cependant on ne peut pas dire que son existence soit impossible.

C'est toujours l'influence de l'*accouchement*, de l'*avortement*, des *efforts*, des *chutes*, qui est la plus évidente dans cette déviation comme dans les autres.

### § III. — Symptômes.

La *douleur*, comme dans la rétroversion, avait son siège constant dans les *lombes* et dans le *sacrum*. Les douleurs dans les *aines* étaient rares.

La *marche* était presque toujours difficile et douloureuse, quelquefois seulement pénible et fatigante.

*Examen de l'utérus*. — Col facile à saisir avec le *spéculum* ; volumineux, et, ainsi que l'a noté Kiwisch, *entr'ouvert*.

*Toucher vaginal*. — Par le toucher vaginal on trouve le col situé plus ou moins bas et dirigé tantôt en avant, tantôt dans sa direction normale, tantôt en arrière. Ces directions correspondent aux trois formes signalées. Si l'on porte le doigt sur l'orifice, il y pénètre plus ou moins facilement. Quelquefois l'élargissement de l'orifice externe est extrême, et l'on peut introduire l'extrémité de deux doigts dans la cavité du col. Ce qui prouve bien que ce signe appartient à la déviation, et non à aucune autre lésion de l'organe, c'est que lorsque l'utérus est remplacé, l'orifice se referme de la manière la plus évidente.

En portant ensuite le doigt en avant et en haut, on ne trouve pas le corps et l'on sent seulement la résistance molle de la masse intestinale. Si, au contraire, on le porte en arrière, on trouve bientôt le corps globuleux de l'utérus qui descend quelquefois aussi bas que le col, et entre les deux un angle rentrant bien manifeste.

Le *toucher rectal* est presque toujours inutile. Si on l'emploie, il fait reconnaître, en arrière, vers le rectum, le corps de l'utérus dans une étendue un peu plus grande, et l'on constate en même temps la dépression de la paroi antérieure de l'intestin.

Il est bien rare que la *pression* exercée sur le corps ne détermine pas une douleur souvent fort vive.

Le toucher fait encore reconnaître l'engorgement de l'utérus, et ordinairement une fermeté assez grande de son tissu, sauf dans le point de la flexion. Dans une faible minorité des cas, l'utérus est au contraire flasque et mou.

Pour pratiquer le *cathétérisme utérin*, introduisez la sonde comme si l'utérus était dans sa direction normale, c'est-à-dire le bec dans la direction de l'axe du grand bassin et la concavité en avant. Lorsque vous sentez de la résistance, n'insistez pas, vous êtes à la flexion. Notez la profondeur du point où elle est située, comme dans l'antéflexion ; puis, replacez la sonde de la même manière jusqu'à la flexion, faites exécuter un mouvement demi-circulaire au manche de l'instrument, de manière à porter le bec de la sonde en arrière et en bas, et par conséquent la concavité dans la même direction, alors la sonde pénètre sans effort et presque sans douleur jusqu'au fond de l'organe ; pour cela il suffit de relever le manche vers le



pubis avec un très léger mouvement de propulsion. La nécessité de cette manœuvre pour arriver jusque dans la cavité du corps existe particulièrement dans la rétroflexion.

La *constipation* est le plus souvent opiniâtre; cependant elle est moins constante que dans la rétroversion. La *miction* est presque constamment naturelle, ce qui fait différer cette déviation des précédentes, et ce qui s'explique naturellement par la position du col, qui est peu ou point dévié en avant.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Sous ces divers rapports, cette déviation ne diffère pas de celles qui ont été précédemment décrites.

#### § V. — Lésions anatomiques.

On trouve à la paroi postérieure, et au point correspondant à la flexion, une mollesse et souvent une atrophie semblables à celles que nous avons trouvées à la paroi antérieure dans les antéflexions, et que la partie de la paroi postérieure, située au-dessus de ce point, est plus ou moins engorgée. Quant aux *adhérences* et aux diverses *lésions concomitantes*, elles sont les mêmes que dans les autres déviations.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

De toutes les déviations, la rétroflexion est celle qui peut présenter le diagnostic le plus difficile et qui a le plus souvent donné lieu à des erreurs.

Rappelons d'abord que derrière le col se trouve le corps globuleux de l'utérus; qu'entre les deux il y a un angle à sinus postérieur et inférieur, et que ces parties sont ordinairement très accessibles au toucher vaginal. Il semble que dans de semblables conditions la déviation soit toujours très facile à diagnostiquer; mais il est des lésions qui peuvent la simuler parfaitement.

1° Il peut exister un *engorgement considérable du corps qui ne s'étende pas jusqu'au col*. Il résulte de cette lésion, dont nous avons cité un cas remarquable (1), un angle entre le col et la saillie du corps, qui peut d'autant plus en imposer que l'utérus est entraîné un peu en arrière par le poids de la partie engorgée, et qu'on peut très bien ne pas trouver le corps en avant. L'emploi de la sonde permet seul de préciser le diagnostic en pareil cas.

En la portant, en effet, dans la direction normale de l'utérus, on la fait pénétrer jusqu'à 7 ou 8 centimètres, et l'on s'assure par le toucher que la tumeur n'a changé sous aucun rapport; en même temps on sent entre le doigt et la sonde une grande épaisseur de tissus. C'est ainsi que nous avons pu porter un diagnostic rigoureux dans le cas cité.

2° Une *tumeur fibreuse* peut occuper la paroi postérieure du corps et donner lieu aux mêmes signes appréciables par le toucher. M. Barth en a observé un exemple remarquable dont il nous a communiqué les détails. Le diagnostic se porte de la même manière que dans le cas précédent. Toutefois il faut reconnaître que la dureté considérable et la forme très globuleuse de la tumeur mettent sur la

(1) *Leçons cliniques sur les déviations utérines* (loc. cit.).

die; mais nous ne croyons pas que ces signes puissent lever tous les doutes.

3° La *tumeur sanguine*, ou *hématocèle rétro-utérine*, forme également une tumeur derrière le col, dont elle est séparée par un sillon, lorsqu'elle n'a pas encore pris un très grand développement. On la reconnaît à sa fluctuation plus ou moins manifeste, à son prolongement vers la fosse iliaque accessible par le palper, et surtout à la pénétration directe de la sonde. Quand la tumeur est très volumineuse, elle colle le corps contre le pubis en le repoussant en haut, elle efface le cul-de-sac postérieur du vagin, et quelquefois le col lui-même. En pareil cas, le diagnostic ne présente aucune difficulté.

4° Le *phlegmon rétro-utérin* simule si bien la rétroflexion, que trois fois nous avons été appelé pour redresser l'utérus dans des cas de ce genre. En pareil cas, la grande sensibilité de la tumeur située derrière le col, sa résistance plus ou moins molle, les plis du vagin qui existent à sa surface, lorsqu'elle n'est pas très développée, mettent sur la voie du diagnostic, mais ne suffisent pas. Il faut encore recourir à la sonde, qui pénètre directement, laissant la tumeur à sa place, sans aucun déplacement. Ainsi, plus nous avançons dans l'histoire de ces maladies, plus nous voyons combien le cathétérisme utérin est indispensable pour le diagnostic.

5° Nous nous contentons de signaler une tumeur qui serait, suivant quelques auteurs anglais, et M. Rigby en particulier, formée par l'*ovaire enflammé et détaché*, qui serait venu s'accoler à la partie postérieure de l'utérus. Les documents qui sont pas encore suffisants sur ce point. Il suffit donc de dire que la pénétration directe de la sonde prouverait encore, outre la mobilité de la tumeur, que celle-ci n'appartient pas à la matrice elle-même.

6° Dans la *troisième forme* de rétroflexion, le doigt ne peut pas sentir la tumeur armée en arrière par le corps, parce qu'elle est située trop haut. C'est en pareil cas que le cathétérisme utérin est surtout indispensable. Sans lui, en effet, pas de diagnostic possible, et comme le col se porte fortement en arrière, on peut croire qu'on a cru même à une antéversion. Cette erreur serait funeste, car elle exposerait à la perforation de l'utérus au niveau de la flexion. N'oublions donc pas que la sonde doit être introduite directement, sa concavité en avant; si à la hauteur de 3 centimètres environ on est arrêté, et si, en faisant exécuter à la sonde le mouvement circulaire précédemment décrit, on pénètre dans le corps à une profondeur de près de 4 centimètres, c'est qu'on a affaire à cette forme de rétroflexion. Nous avons pu ainsi porter un diagnostic précis, qui était complètement impossible de toute autre manière.

**Pronostic.** — L'utérus, dans la rétroflexion, n'a aucune tendance à reprendre spontanément sa direction naturelle. D'un autre côté, le redressement n'est ordinairement pas difficile, en sorte que sous ce rapport le pronostic ne paraît pas défavorable; mais nous avons vu dans deux cas une seconde tendance aux rechutes.

## § VII. — Traitement.

Sur dix-huit cas que nous avons traités, trois ont été guéris par le redressement avec la sonde seule. Chez treize, le redresseur a été appliqué, et a produit dix guérisons et une amélioration. Dans deux cas, dont un avec traitement incomplet, le résultat n'a pas été favorable.

Enfin, deux malades ont été traitées par le *redressement avec la sonde et l'em-*

*ploi du pessaire de caoutchouc combinés.* L'une est guérie, et l'autre est encore en traitement. En résumé, sur dix-huit cas, nous comptons quatorze guérisons, une amélioration évidente, deux insuccès et une malade en traitement.

## ARTICLE VII.

### RÉTROVERSION FLEXUEUSE (VARIÉTÉ).

*Définition.* — Cette déviation, qui est l'analogue de l'antéversion flexueuse, est caractérisée par le renversement en arrière, et une ou plusieurs flexuosités qui donnent à l'organe une forme onduleuse.

Sous le rapport des causes, des symptômes, de la marche de la maladie et des lésions, cette variété ne diffère pas sensiblement de la rétroversion.

C'est seulement sous le rapport du diagnostic que cette variété a quelque importance. On pourrait, en effet, croire, en trouvant l'utérus si irrégulier, à la présence de tumeurs dans ses parois. Il faut observer ce qui se passe pendant l'introduction de la sonde ; car on voit les flexuosités disparaître à mesure qu'elle pénètre, et après son introduction, l'utérus est comme dans la rétroversion.

L'introduction de la sonde présente quelques difficultés. Il faut, en effet, suivre les diverses sinuosités que présente le canal utérin. Pour cela, on doit, sans agir violemment, porter l'instrument tantôt en avant, tantôt en arrière, suivant que la flexion est antérieure ou postérieure.

Le traitement ne diffère pas de celui de la rétroversion et de la rétroflexion ; mais ses résultats sont un peu moins avantageux. Ainsi, sur douze cas, nous avons obtenu huit guérisons complètes, une amélioration notable ; deux fois le remplacement qui ne se consolidait pas et demandait assez souvent l'emploi du redresseur mais moyennant ce traitement, les malades ont pu se livrer à leurs occupations, ou qu'elles ne pouvaient pas faire auparavant. Enfin, chez une malade, bien que l'utérus soit redressé, il est resté des douleurs vésicales et des envies fréquentes d'uriner, ce qui résulte sans doute d'une inflammation chronique de la vessie.

## ARTICLE VIII.

### LATÉROVERSIONS ET LATÉROFLEXIONS.

Nous désignons les déviations latérales sous les noms de *latéroversion* et *latéroflexion* droite ou gauche, suivant le côté vers lequel s'incline le corps de la matrice.

Nous ne les avons jamais trouvées seules ; toujours unies à d'autres formes de déviations, elles ont paru, dans plusieurs cas, pouvoir rendre compte de la prédominance de certains symptômes, de tel ou tel côté, par exemple de la douleur existant dans une seule aine. Généralement la douleur était plus forte du côté vers lequel s'inclinait l'utérus ; mais pourtant nous avons vu des exemples du contraire. Cela pourrait-il s'expliquer, dans le premier cas, par la pression du corps de l'utérus sur le plexus sacré et les nerfs qui en émanent, et dans le second par le tiraillement des ligaments ?

Nous avons vu aussi la constipation plus fréquente dans les latéroversions gauches que dans les droites, ce dont rend parfaitement compte la disposition anatomique des parties.

docteur Dezanneau (1) dit avoir trouvé les déviations latérales plus fré-  
à droite qu'à gauche. Nous n'avons pas de relevé à cet égard, mais on con-  
cela soit ainsi, puisque le rectum, étant situé à gauche, doit, lorsque les  
fécales le distendent, repousser l'utérus vers la droite.

## CHAPITRE V.

### MALADIES DES TISSUS PÉRI-UTÉRINS.

un certain nombre de lésions qui ont pour siège, non pas l'utérus ni les  
mais les tissus qui environnent ces organes et les unissent entre eux. Ces  
is ont des symptômes et une physionomie qui leur sont propres. Elles peu-  
e une simple extension d'une maladie de l'utérus aux tissus circonvoisins ;  
rfois elles existent en l'absence de toute affection utérine ou ovarique. Elles  
t donc une description toute particulière, et cependant on chercherait en  
te description dans les traités de pathologie.

est pas qu'elles aient été complètement méconnues, bien loin de là ; mais  
pas leur siège dans un organe particulier, elles ont été confusément indi-  
armi d'autres affections semblables, ou seulement exposées à l'aide d'obser-  
isolées éparses dans les divers recueils.

ffections sont les *hématocèles péri-utérines*, dont nous n'avons eu la des-  
complète que dans ces derniers temps ; l'*inflammation péri-utérine*, dé-  
le-mêle avec les divers abcès du bassin, qui ont leur origine tantôt dans une  
lu cæcum, tantôt dans une altération des os, etc., et qu'on a aussi dési-  
ous le nom de *tumeurs fluctuantes* du bassin, avec les tumeurs sanguines,  
s des ligaments larges, etc. ; enfin l'*inflammation des ligaments larges*,  
vait englobée dans les diverses inflammations du bassin et qu'on avait sur-  
prise dans les phlegmons de la fosse iliaque.

oit par ce simple exposé que si l'existence de symptômes et de signes  
à chacune de ces affections est réelle, il était bien impossible de les con-  
parfaitement, puisque, au lieu d'étudier chaque espèce séparément, on ne  
pu'une description générale, ne recherchant de signes différentiels que dans  
festation de la collection sanguine ou de l'abcès qui est, non la maladie tout  
mais un simple résultat de la maladie, et qui même, dans les cas d'inflam-  
peut très bien ne pas se montrer, car il est très fréquent d'observer des  
iations péri-utérines qui se terminent par résolution.

décrivons l'*hématocèle péri-utérine*, le *phlegmon péri-utérin* et l'*inflam-  
des ligaments larges*.

ARTICLE I<sup>er</sup>.

## HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE.

## § I. — Définition, synonymie, fréquence.

[Toute hémorrhagie qui s'effectue dans l'excavation du petit bassin et dans la cavité même du péritoine, devrait porter le nom d'hématocèle péri-utérine. Cependant on a restreint la valeur de ce terme aux hémorrhagies qui se rattachent, soit à une anomalie de la menstruation, soit à une lésion de l'utérus ou de ses annexes.

Il est arrivé ici ce qui se produit si fréquemment pour d'autres affections. Après avoir donné un nom à l'accumulation du sang, on en a fait une maladie, bien que ce ne soit en réalité qu'un élément d'une maladie préexistante. Quoi qu'il en soit, l'accumulation du sang, bien que secondaire, ayant par elle-même une grande importance, nous nous conformerons aux idées reçues, tout en invitant le lecteur à ne pas perdre de vue la remarque que nous venons de présenter.

L'hématocèle péri-utérine est aussi connue sous les noms d'*hématocèle rétro-utérine* et d'*hématocèle rétro-utérine cataméniale* (Trousseau); elle était englobée dans ce que Récamier et M. H. Bourdon (1) nommaient *tumeurs fluctuantes du petit bassin*.

La fréquence de cette affection est assez grande, puisque M. A. Voisin (2) a pu en réunir quarante-deux exemples, dont dix lui sont personnels.

## § II. — Historique.

L'hématocèle péri-utérine n'a réellement commencé à fixer l'attention que depuis l'époque (1850) où M. le professeur Nélaton lui a imposé un nom; mais on en trouve des exemples dans plusieurs ouvrages antérieurs à cette date.

M. A. Voisin pense qu'on peut trouver dans Hippocrate (3) des faits d'hématocèle rétro-utérine. Les auteurs citent ensuite le fait de Ruysch (4), à qui M. Bernutz rapporte la découverte réelle des hémorrhagies du petit bassin. Chez une femme morte pendant les règles, il y avait du sang coagulé dans la cavité de l'utérus et dans une des trompes; l'ovaire était recouvert d'un caillot volumineux et fortement adhérent (*in cujus superficie coagulatus copiosè firmiterque adhærebat*). M. Voisin croit « qu'il s'agit ici d'un cas où la menstruation a été surprise, pour ainsi dire, sur le fait : déchirure physiologique d'une vésicule ovarienne, exhalation sanguine dans la trompe et l'utérus, tous états parfaits ».

(1) *Tumeurs fluctuantes du petit bassin* (Revue médicale, 1841, p. 41).

(2) Thèse. Paris, 1858.

(3) *Des épidémies*, livre IV et livre V, trad. par Littré, t. V, p. 183 et 205. — *Des maladies des femmes*, livres I et II; id., t. VIII, p. 21.

(4) *Observationum anatomico-chirurgicarum centuria*, obs. LXXXV, p. 410, édition d'Amsterdam, 1591.

ment normaux. » Mais pour admettre qu'il ne s'agissait que de la menstruation, faudrait qu'on n'eût pas trouvé de sang à la superficie de l'ovaire ; car nous ne sachions pas que le sang menstruel s'écoule normalement dans le péritoine. D'ailleurs, l'opinion de Ruysch sur la présence du sang dans la cavité du petit bassin est erronée : « *Probabile esse humores heterogenos in utero contentos per oviductus et tubas Fallopianas ad pelvim et abdominis cavitatem posse deduci, in parturientibus, superius innui. Quominus quoque sanguis ex uteri cavitate per dictos ductus, ore uteri clauso, ad pelvim pervenire possit extra statum partus, haud dubio.* » Ainsi la possibilité de l'irruption du sang dans le bassin est bien nettement établie par Ruysch, et, avec M. Bernutz, nous continuerons à considérer Ruysch comme l'auteur de la découverte des hémorrhagies péri-utérines.

Les observations qui, dans la série historique, font suite à celle de Ruysch, sont celles de J.-P. Frank (1) et de Pelletan (2). Récamier et M. H. Bourdon (3) en citèrent deux exemples sous le nom de *tumeurs fluctuantes du petit bassin*, mais évidemment sans en connaître l'étiologie.

A notre avis, le travail le plus important sur ce sujet, celui qui a conservé la tradition historique des faits précédents, celui qui a déterminé avec le plus de précision les conditions pathogéniques des hémorrhagies péri-utérines, est celui de M. Bernutz, en 1848 (4). Dans ce travail, on voit, comme dans l'observation de Ruysch, que ces hémorrhagies sont en rapport avec les troubles de la fonction menstruelle, que le sang est versé dans la cavité du petit bassin et à l'intérieur de la cavité péritonéale, que l'accumulation du sang n'est par elle-même qu'un accident secondaire, et qu'enfin cette hémorrhagie forme une espèce tout à fait particulière, sans analogie avec celles qui peuvent être produites par la rupture d'un gros vaisseau.

Lorsque M. le professeur Nélaton, en 1849, s'occupa de ces tumeurs et créa le nom d'*hématocèle rétro-utérine*, il fixa l'attention sur ce point bien plus que tous ses devanciers, et fit réellement entrer dans le cadre pathologique une affection dont les exemples antérieurs avaient bien pu être considérés comme des cas exceptionnels et de simple curiosité. Nous ne nous étonnons pas que M. Bernutz réclame en faveur des auteurs précédents une priorité incontestable ; mais il faut remarquer aussi le point de vue auquel M. Nélaton se plaçait, et quel était son point de départ. Il est évident que ce professeur crut d'abord avoir affaire à une lésion grave ; qu'il en reconnut ensuite la bénignité, puisqu'il s'efforça de la distinguer des tumeurs malignes (encéphaloïdes) du bassin, et qu'il n'avait point de motifs pour la rattacher à des troubles de la menstruation. Enfin, il en plaçait le siège dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et en faisait une sorte d'apoplexie, une tumeur hématique, ayant son point de départ dans le tissu cellulaire lui-même. En définitive, il était donc bien loin de leur reconnaître la moindre analogie avec les cas de Ruysch, de Frank, de M. Bernutz. Cependant la lumière se fit peu à peu ; les cas observés se trouvèrent ressembler aux précédents, et enfin l'identité fut établie : alors M. Nélaton

(1) *Traité de médecine pratique*, traduct. de Goudareau. Paris, 1842, t. II, p. 267.

(2) *Clinique chirurgicale*. Paris, 1840, t. II, p. 106.

(3) *Tumeurs fluctuantes du petit bassin* (*Revue médicale*, 1841, p. 41).

(4) *Mémoire sur les accidents produits par la rétention du flux menstruel* (*Arch. gén. de méd.*, juin 1848 à février 1849).



reconnut que la cavité péritonéale était le lieu du dépôt hémorrhagique, et que l'écoulement sanguin avait des rapports intimes avec la menstruation. Le point d'arrivée fut le même que celui des auteurs précédents ; mais le point de départ avait été différent, et il semble bien évident que M. Nélaton a fait, de son côté, la découverte de l'hématocèle, bien que l'affection eût été connue avant lui.

Nous ne pouvons que citer les travaux déjà nombreux qui ont été publiés sur cette matière. Tels sont les thèses de MM. Vigues (1), Prost (2), Cestan (3), Fenerly (4), Engelhardt (5), Gallardo (6), A. Voisin (7), Devalz (8) ; les comptes rendus de la clinique de M. le professeur Nélaton, par M. Gillet (9) et par M. Bauchet (10) ; l'ouvrage de Mikschik (11) ; les quatre observations publiées par M. Tardieu (12) ; le cas communiqué à l'Académie de médecine par M. Royer (13) ; ceux présentés à la Société médicale des hôpitaux, par M. Oulmont (14) ; un article critique de M. Genouville (15) ; et enfin les remarquables leçons de M. le professeur Trousseau sur ce sujet (16).

Les traités récents de MM. Scanzoni, Becquerel, Aran, Nonat, sur les maladies de l'utérus, fournissent aussi de nombreux matériaux pour l'étude de ce point de pathologie. On doit à M. Auguste Voisin le traité le plus complet qui ait paru sur cette matière (17).

MM. Bernutz et Goupil (18) ont consacré à cette affection un chapitre remarquable par un excellent esprit critique.

### § III. — Division.

Si l'on ne s'attache qu'à la présence du sang dans la cavité du petit bassin, on doit admettre autant d'espèces d'hématocèles qu'il y a de causes possibles d'hémorrhagies, depuis les plaies pénétrantes de l'abdomen et les ruptures vasculaires jusqu'aux exhalations sanguines actives ou passives, et l'on peut même concevoir qu'elles existent chez l'homme. Si l'on ne considère au contraire que les épanche-

(1) Thèse de doctorat, 1850.

(2) Thèse de doctorat, 1854.

(3) Thèse de doctorat, 1855.

(4) Thèse de doctorat, 1855.

(5) Thèse de doctorat. Strasbourg, 1856.

(6) Thèse de doctorat. 1856.

(7) Thèse de doctorat. Paris, 1858.

(8) Thèse de doctorat. Paris, 1858.

(9) *Gazette des hôpitaux*, 1851.

(10) *Ibid.*

(11) *Études sur la pathologie des ovaires*. Leipsick, 1854.

(12) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Paris, 1854, t. II, p. 157.

(13) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1855, t. XXI, p. 21.

(14) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, t. IV, p. 21.

(15) *Archives générales de médecine*, octobre, 1858.

(16) *Gazette des hôpitaux*, juin 1858.

(17) Le remarquable ouvrage de M. A. Voisin sur l'hématocèle péri-utérine (Paris, 1860) nous a fourni et nous fournira encore bien des détails importants pour cet article.

(18) Nous exprimons ici à notre collègue de la Pitié, M. Bernutz, tous nos remerciements pour la communication qu'il a bien voulu nous faire des parties déjà imprimées de l'ouvrage qu'il va bientôt faire paraître en collaboration avec M. Goupil (*Clinique médicale sur les maladies des femmes*) (sous presse).

roubles menstruels, on doit en faire une catégorie distincte, comme Bernutz et M. Trousseau.

1) a proposé la division suivante pour les hématoçèles qu'on peut révéler, féminines :

1<sup>re</sup>, l'épanchement sanguin est symptomatique d'une affection pour laquelle, je veux désigner par là symptomatique d'une affection de l'ovaire, qui amène la rupture de l'un ou de l'autre de ces organes et du sang dans la cavité pelvienne.

2<sup>e</sup>, l'épanchement sanguin est le fait d'un vice de l'excrétion de la cavité utérine dans le bassin, par l'intermédiaire des trompes).

3<sup>e</sup> dernière, l'épanchement sanguin est le fait de l'exagération de l'exhalation qui est dévolue aux organes génitaux féminins, et résulte d'un trouble, tantôt généralisé à tous les organes génitaux, tantôt au contraire à un certain nombre d'entre eux seulement. Cette espèce, caractérisée par une issue extérieure d'un flux sanguin, en même temps que le sang se déverse dans la cavité pelvienne, peut se manifester dans toutes les affections pathologiques qui sont susceptibles de donner lieu à des métroragies.

La première est la seule admise par M. Trousseau, qui ne voit dans l'hématocèle que le résultat d'une hémorrhagie de la trompe utérine, soit par une congestion, soit par une diathèse hémorrhagique.

Il est impossible de suivre cette division, qui, à notre sens, est complètement impraticable ; mais du moins ne voulons-nous pas sortir des limites de la question ; et nous laisserons en dehors de notre cadre toutes les hémorrhagies et les autres causes.

#### § IV. — Causes.

##### 1<sup>re</sup> Causes prédisposantes.

Dans un total de 34 observations où l'âge est mentionné, M. A. Voisin

Au-dessous de 21 ans. . . . .	1 cas.
De 21 à 25 . . . . .	4 —
De 25 à 35 . . . . .	20 —
De 35 à 40 . . . . .	4 —

l'âge de trente ans, pris comme moyenne, que les femmes paraissent le plus sujettes à l'hématocèle rétro-utérine.

Dans les observations où la constitution a été notée, dit M. Auguste Voisin, douze fois forte, et six fois faible.

Il faut signaler toutes les affections des ovaires, de l'utérus, et spécialement les variqueuses du plexus veineux utéro-ovarien (Richet, Devalz), et aussi le rétrécissement de l'orifice utérin ; enfin, le molimen hémorrhagique par la menstruation ou les excitations sexuelles.

## 2° Causes occasionnelles.

M. Nonat en fait l'énumération suivante : Les excès de coït, surtout pendant la menstruation ; l'application d'un corps froid sur les organes génitaux et les injections fraîches, surtout pendant l'époque des règles ; les blessures de l'utérus, les tentatives d'avortement ; les manœuvres obstétricales, nécessitées par un accouchement laborieux ; peut-être le contact trop prolongé des pessaires et du redresseur intra-utérin, les chutes sur le siège, les coups sur l'abdomen, les secousses du corps ; les émotions morales vives au moment des règles.

M. Bernutz signale aussi les opérations pratiquées pour guérir les imperforations de la vulve, du vagin, du col de l'utérus, comme causes d'hématocèles péri-utérines. Dans ces cas, dit ce médecin, lorsqu'on a ouvert une issue au sang menstruel retenu dans l'utérus, les contractions de ce viscère s'éveillent et font refluer du sang par les trompes distendues, aussi bien qu'elles en rejettent au dehors.

## 3° Causes déterminantes.

Les opinions sur la cause intime de l'hémorrhagie sont déjà fort nombreuses, même lorsque l'on ne considère que les hématocèles liées à la menstruation. Nous avons vu que M. Bernutz admet des hémorrhagies par simple exhalation sanguine dans le péritoine, et liées à une violente congestion cataméniale : M. Tardieu a cité quatre cas qui reconnaissent ce mode de production et qui avaient eu pour cause des excès de coït. MM. Richet et Devalz croient à la rupture intra- ou extra-péritonéale d'un varicocèle du plexus veineux utéro-ovarien. Beaucoup d'auteurs pensent que la déchirure de la vésicule de Graaf peut fournir tout le sang de l'hémorrhagie. M. Trousseau en trouve le point de départ dans la trompe utérine, et enfin M. Bernutz admet, dans quelques cas, le retour, par les trompes dilatées, du sang versé dans la cavité utérine.

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur ces diverses théories moins intéressantes pour le praticien que pour le savant.

## § V. — Anatomie pathologique.

Les considérations suivantes seront suffisantes pour faire connaître les altérations anatomiques, et elles nous épargneront une longue description des symptômes. Nous citons M. A. Voisin (1).

« Que le sang vienne des ovaires, des trompes ou de l'utérus, il tombe naturellement en arrière du ligament large, dans cet espace péritonéal rétro-utérin limité en avant par les ligaments larges et l'utérus, en arrière par le rectum et les replis latéraux du péritoine, de tous côtés par la séreuse. A la partie supérieure ce cul-de-sac est ouvert et communique largement avec le reste de la cavité abdominale.

« Dans quelques cas rares, le sang s'est porté en partie dans l'intervalle vésico-utérin, mais dans une proportion très minime, par rapport à la masse épanchée en arrière de l'utérus.

(1) *Loc. cit.*, p. 137.

A peine quelques gouttes de sang ont-elles pénétré dans la cavité séreuse, qu'elle lamine. Son inflammation a pour résultat d'établir aussitôt des adhérences entre tous les organes pelviens ou mieux entre leurs revêtements péritonéaux.

Les anses intestinales sont repoussées vers le détroit supérieur par la poussée du sang qui s'épanche, ou elles surnagent par leur propre poids.

Le foyer sanguin s'enkyste rapidement, grâce à l'énergie de l'inflammation de la cavité séreuse et à la formation d'adhérences celluleuses. Les parois de la tumeur se trouvent alors limitées en avant par les ligaments larges, en arrière par le rectum et le péritoine, en bas par le cul-de-sac utéro-rectal, en haut par les anses intestinales qui, par leur adhérence avec le fond de l'utérus, les ligaments larges, les trompes, les ligaments ronds et le péritoine qui tapisse les parties latérales du bassin, constituent pour le kyste une sorte de plafond résistant.

Parfois la tumeur se porte dans les fosses iliaques et s'y enkyste aussi aux dépens des anses intestinales.

La cavité du kyste peut rester uniloculaire, mais le plus souvent il se fait, d'un kyste à un autre, des jetées, des cloisons cellulo-fibrineuses qui s'organisent, deviennent fibreuses, et sont parfois si ténues, qu'elles ont pu faire penser, dans quelques autopsies, qu'elles étaient constituées par le tissu cellulaire sous-séreux, et on croit, par conséquent, à une hématocele sous-péritonéale.

Il se fait, en résumé, dans la cavité pelvienne, ce qui a lieu dans la plèvre et le péricarde enflammées.

Dans quelques cas, le sang a dilaté les orifices péritonéaux des trompes et ces orifices eux-mêmes qui deviennent parties intégrantes du kyste. L'inflammation n'empêche pas, du reste, l'oviducte, et la communication reste libre entre lui et la cavité utérine.

Le sang se comporte différemment, suivant qu'il s'échappe des vaisseaux capillaires (j'exclus les veines qui ne produisent jamais l'hématocele), ou qu'il provient d'une vésicule ovarienne déjà altérée et de la cavité utérine où il a dû séjourner pendant un certain temps.

Dans le premier cas, il se coagule, la partie liquide se résorbe, et le caillot reste, mais disparaître le plus souvent lui-même. Cependant, quelquefois, l'absorption n'a pas lieu complètement, et le sang épanché forme des tumeurs fibrineuses que l'on retrouve encore à une époque assez éloignée du début de l'affection, alors que la guérison des malades est rétablie. Que si dans quelques cas, la surface interne de la paroi rétro-utérine fournit une grande quantité de sérosité inflammatoire, le sang et les caillots s'altèrent, la fibrine et les globules se ramollissent, prennent une couleur noirâtre analogue à celle de la suie délayée; les globules sanguins, examinés au microscope, apparaissent flasques, déformés; il se forme de l'hématoïdine, c'est-à-dire l'altération de l'hématosine, et l'absorption du sang étant arrêtée, la masse de sang tend à s'accroître, en s'adjoignant de nouveaux produits inflammatoires, à se durcir et à se frayer, par voie d'ulcération, un passage à travers les parois qui le retiennent. En résumé, lorsque le sang s'échappe des vaisseaux, ou bien il se résorbe sur place; ou bien, après avoir été décomposé, il tend à se porter à l'extérieur de la cavité.

Dans le second cas, où le sang s'échappe d'une vésicule primitivement affectée, et provient de l'utérus, il est déjà altéré par son séjour hors des vaisseaux. Il

par sa composition plus irritant que du sang pur, et tend à provoquer une péritonite plus intense, une exhalation considérable de sérosité inflammatoire, et par conséquent à se transformer en pus et à se frayer plus tard une voie à l'extérieur.

### § VI. — Symptômes.

Voici comment M. Vigùès (1) décrit le début de cette affection, et sa description expose très bien ce qui se passe dans les divers cas :

« *Début.* — Dans la plupart des observations que nous rapportons, on a observé, dit-il, chez les malades, des symptômes précurseurs ; au bout de quelques jours de malaise, qu'elles ne savent à quoi attribuer, après avoir eu jusqu'alors leurs règles avec assez de régularité, elles voient survenir des troubles dans la menstruation : ou bien les règles se suppriment tout d'un coup ; ou bien, au contraire, il survient une métrorrhagie plus ou moins abondante, qui, chez quelques-unes, a duré plusieurs semaines. Chez d'autres, la quantité de sang qui s'écoule est moins grande et ne dépasse pas celle du flux menstruel normal, mais l'hémorrhagie revient tous les deux ou trois jours ; puis l'écoulement sanguin disparaît, et il survient alors des douleurs dans l'abdomen et surtout dans le bas-ventre ; les malades éprouvent dans cette partie la sensation d'un poids considérable et d'un corps qui tendrait à sortir par le vagin ; les douleurs augmentent et deviennent quelquefois assez vives pour forcer les malades à s'aliter ; les moindres mouvements sont douloureux. »

*Symptômes.* — La douleur spontanée persiste à un degré toujours assez considérable, pendant les époques menstruelles ; en dehors de ces époques, il n'existe souvent qu'une tension, une gêne plus ou moins grande dans l'abdomen. Cette douleur présente des exacerbations parfois très considérables à l'époque des règles. La douleur provoquée est également très grande dans les mêmes circonstances. Le palper hypogastrique, la percussion, le toucher vaginal et rectal, et l'introduction du spéculum, sont rendus par là très difficiles et quelquefois impossibles.

Si la douleur n'est pas trop vive pour qu'on puisse examiner convenablement par le palper la région hypogastrique, on peut sentir une tumeur qui dépasse parfois le détroit supérieur et se porte de préférence dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur est lisse, arrondie, sans bosselures, pouvant parfaitement se délimiter dans toute sa circonférence, excepté en bas, où elle s'enfonce dans l'excavation pelvienne ; elle présente, en général, peu de mobilité ; elle est comme enclavée dans le petit bassin, les parois abdominales glissent sur elle sans y adhérer, sa consistance est assez grande ; on peut quelquefois sentir de la fluctuation en cherchant à percevoir ce signe à travers les parois abdominales. La percussion donne un son mat dans toute son étendue, et autour d'elle un son tympanique dû à la présence des intestins distendus par les gaz.

Le toucher vaginal fait reconnaître à une hauteur plus ou moins grande de ce conduit, et quelquefois très près de son orifice, une tumeur lisse, arrondie, rénitente, qui se trouve entre l'utérus et le rectum, et ordinairement plus à droite qu'à gauche.

(1) *Loc. cit.*, p. 13.

Il en résulte que le *vagin est rétréci*, et que parfois on a de la peine à y introduire le doigt.

En combinant le *toucher vaginal* avec le *palper hypogastrique*, on sent, lorsqu'on soulève la tumeur avec le doigt, le mouvement se transmettre à la main posée sur l'hypogastre.

En même temps on peut saisir une *fluctuation* plus ou moins évidente, et ce signe est bien mieux obtenu, lorsque, au lieu de l'index seul, on introduit à la fois dans le vagin l'index et le médius.

Il est une autre manière de saisir la tumeur qui ne doit pas être négligée. Si l'on introduit, en effet, un doigt dans le *rectum*, et un doigt dans le *vagin*, on sent entre les deux la tumeur rénitente et lisse qui les sépare. Le *toucher rectal* seul permet de porter le doigt plus haut, le long de la tumeur, et de s'assurer qu'elle remonte vers le détroit supérieur, en repoussant plus ou moins fortement la paroi antérieure du rectum.

Le *toucher vaginal* sert encore à reconnaître la *position de l'utérus*. Celui-ci est repoussé en avant et en haut, et son col, parfois difficile à atteindre, est collé contre la partie supérieure du pubis.

En combinant le *toucher* avec le *palper hypogastrique*, on sent que les mouvements imprimés au col par le doigt introduit dans le vagin se propagent à une partie distincte de la tumeur qui est le corps, et que les mouvements n'affectent nullement la tumeur elle-même. Et parfois à la partie antérieure de la grosse tumeur, on en sent une plus petite qui s'en sépare par un sillon, et qui est le corps de l'utérus.

Le *spéculum* peut être quelquefois introduit au moment où la douleur est peu considérable. C'est ce que nous avons vu dans un cas, à Beaujon. Le col étant situé très haut, et fortement repoussé en avant et à gauche, il fallut introduire profondément l'instrument dans cette direction, et là on aperçut le col qui paraissait effacé et plat, bien que la femme n'eût jamais eu d'enfant.

La *percussion*, qu'il faut toujours pratiquer avec beaucoup de ménagement, fait reconnaître dans l'hypogastre, et principalement dans l'une des fosses iliaques, une matité à convexité supérieure, et autour d'elle le son clair des intestins distendus par les gaz.

Il est bon, pour rendre ces signes bien distincts, de vider préalablement le rectum par un lavement, et la vessie à l'aide de la sonde.

La compression exercée par la tumeur sur les organes voisins détermine des symptômes importants. Du côté du rectum, c'est une *constipation* opiniâtre, et du côté de la vessie, tantôt la *rétention d'urine*, tantôt une *miction fréquente, difficile et douloureuse*.

Les malades, pendant les exacerbations, se tiennent dans le *décubitus dorsal*. Les membres inférieurs fléchis sur le bassin.

Du côté des *voies digestives* on observe l'*anorexie*, des *nausées*, des *vomissements bilieux*; une *soif* vive et la *constipation* déjà signalée. Le ventre est rendu *olumineux*, non-seulement par la tumeur, mais encore par l'accumulation des gaz.

Du côté de l'*utérus*, on observe les troubles de la menstruation déjà signalés à l'occasion du début : suppression des règles, ou, ce qui est plus ordinaire, *métrorragies* s'arrêtant brusquement au moment où apparaissent les autres symptômes.



*ploi du pessaire de caoutchouc combinés.* L'une est guérie, et l'autre est encore en traitement. En résumé, sur dix-huit cas, nous comptons quatorze guérisons, une amélioration évidente, deux insuccès et une malade en traitement.

## ARTICLE VII.

### RÉTROVERSION FLEXUEUSE (VARIÉTÉ).

*Définition.* — Cette déviation, qui est l'analogue de l'antéversion flexueuse, est caractérisée par le renversement en arrière, et une ou plusieurs flexuosités qui donnent à l'organe une forme onduleuse.

Sous le rapport des *causes*, des *symptômes*, de la *marche de la maladie* et des *lésions*, cette variété ne diffère pas sensiblement de la rétroversion.

C'est seulement sous le rapport du *diagnostic* que cette variété a quelque importance. On pourrait, en effet, croire, en trouvant l'utérus si irrégulier, à la présence de tumeurs dans ses parois. Il faut observer ce qui se passe pendant l'introduction de la sonde ; car on voit les flexuosités disparaître à mesure qu'elle pénètre, et après son introduction, l'utérus est comme dans la rétroversion.

L'*introduction de la sonde* présente quelques difficultés. Il faut, en effet, suivre les diverses sinuosités que présente le canal utérin. Pour cela, on doit, sans agir violemment, porter l'instrument tantôt en avant, tantôt en arrière, suivant que la flexion est antérieure ou postérieure.

Le *traitement* ne diffère pas de celui de la rétroversion et de la rétroflexion ; mais ses résultats sont un peu moins avantageux. Ainsi, sur douze cas, nous avons obtenu huit guérisons complètes, une amélioration notable ; deux fois le remplacement qui ne se consolidait pas et demandait assez souvent l'emploi du redresseur ; mais moyennant ce traitement, les malades ont pu se livrer à leurs occupations, ce qu'elles ne pouvaient pas faire auparavant. Enfin, chez une malade, bien que l'utérus soit redressé, il est resté des douleurs vésicales et des envies fréquentes d'uriner, ce qui résulte sans doute d'une inflammation chronique de la vessie.

## ARTICLE VIII.

### LATÉROVERSIONS ET LATÉROFLEXIONS.

Nous désignons les déviations latérales sous les noms de *latéroversion* et *latéroflexion* droite ou gauche, suivant le côté vers lequel s'incline le corps de la matrice.

Nous ne les avons jamais trouvées seules ; toujours unies à d'autres formes de déviations, elles ont paru, dans plusieurs cas, pouvoir rendre compte de la prédominance de certains symptômes, de tel ou tel côté, par exemple de la douleur existant dans une seule aine. Généralement la douleur était plus forte du côté vers lequel s'inclinait l'utérus ; mais pourtant nous avons vu des exemples du contraire. Cela pourrait-il s'expliquer, dans le premier cas, par la pression du corps de l'utérus sur le plexus sacré et les nerfs qui en émanent, et dans le second par le tiraillement des ligaments ?

Nous avons vu aussi la constipation plus fréquente dans les latéroversions gauches que dans les droites, ce dont rend parfaitement compte la disposition anatomique *des parties*.

M. le docteur Dezanneau (1) dit avoir trouvé les déviations latérales plus fréquentes à droite qu'à gauche. Nous n'avons pas de relevé à cet égard, mais on conçoit que cela soit ainsi, puisque le rectum, étant situé à gauche, doit, lorsque les matières fécales le distendent, repousser l'utérus vers la droite.

## CHAPITRE V.

### MALADIES DES TISSUS PÉRI-UTÉRINS.

Il est un certain nombre de lésions qui ont pour siège, non pas l'utérus ni les ovaires, mais les tissus qui environnent ces organes et les unissent entre eux. Ces affections ont des symptômes et une physionomie qui leur sont propres. Elles peuvent être une simple extension d'une maladie de l'utérus aux tissus circonvoisins ; mais parfois elles existent en l'absence de toute affection utérine ou ovarique. Elles méritent donc une description toute particulière, et cependant on chercherait en vain cette description dans les traités de pathologie.

Ce n'est pas qu'elles aient été complètement méconnues, bien loin de là ; mais n'ayant pas leur siège dans un organe particulier, elles ont été confusément indiquées parmi d'autres affections semblables, ou seulement exposées à l'aide d'observations isolées éparses dans les divers recueils.

Ces affections sont les *hématocèles péri-utérines*, dont nous n'avons eu la description complète que dans ces derniers temps ; l'*inflammation péri-utérine*, décrite pêle-mêle avec les divers abcès du bassin, qui ont leur origine tantôt dans une lésion du cæcum, tantôt dans une altération des os, etc., et qu'on a aussi désignée sous le nom de *tumeurs fluctuantes* du bassin, avec les tumeurs sanguines, les abcès des ligaments larges, etc. ; enfin l'*inflammation des ligaments larges*, qu'on avait englobée dans les diverses inflammations du bassin et qu'on avait surtout comprise dans les phlegmons de la fosse iliaque.

On voit par ce simple exposé que si l'existence de symptômes et de signes propres à chacune de ces affections est réelle, il était bien impossible de les connaître parfaitement, puisque, au lieu d'étudier chaque espèce séparément, on ne faisait qu'une description générale, ne recherchant de signes différentiels que dans la manifestation de la collection sanguine ou de l'abcès qui est, non la maladie tout entière, mais un simple résultat de la maladie, et qui même, dans les cas d'inflammation, peut très bien ne pas se montrer, car il est très fréquent d'observer des inflammations péri-utérines qui se terminent par résolution.

Nous décrirons l'*hématocèle péri-utérine*, le *phlegmon péri-utérin* et l'*inflammation des ligaments larges*.

(1) *Loc. cit.*

couler ; il faut avoir soin de ne pas trop enfoncer l'instrument dans la poche, de peur de la transpercer d'outre en outre et d'aller blesser un organe voisin. Lorsqu'on a retiré la pointe du trocart, il s'écoule par la canule une plus ou moins grande quantité de sang liquide, noir, visqueux, semblable à de la mélasse. La tumeur se vide en partie, mais l'ouverture n'est pas assez large, et le liquide est trop épais souvent pour s'écouler en totalité de cette manière ; il faut alors agrandir l'ouverture. Pour cela on retire la canule, puis on introduit, par l'ouverture faite par le trocart, un lithotome à une lame, disposé préalablement de manière à faire une incision suffisante ; ce qu'on obtient par le degré d'ouverture que l'on permet, au moyen d'une vis, à la lame du lithotome. L'incision doit avoir le plus souvent 3 centimètres d'étendue ; on la pratique dans le sens de l'axe du vagin, afin de ne pas blesser les artères utérines ; il faudra avoir eu soin de s'assurer aussi qu'il n'existe pas d'artères dans le point de la paroi sur lequel doit porter l'incision. Cette incision ne doit être ni trop considérable ni trop profonde ; sans cela on aura à craindre la blessure du rectum. Aussi le lithotome sera-t-il préférable au bistouri ; avec lui on pourra donner à l'incision la largeur que l'on jugera convenable et ne pas la dépasser, puisque, avant d'introduire l'instrument, le degré d'écartement qu'on donnera à la lame correspondra à la largeur de l'incision. Avec le bistouri, au contraire, on n'aura pas cette précision ; un mouvement brusque de la malade pourra faire prolonger l'incision, et aller blesser un organe voisin, le rectum, par exemple.

» Par l'incision que l'on vient de pratiquer, le reste du sang liquide qui existait dans la tumeur s'écoule ; le doigt introduit dans la poche constate l'épaisseur des parois, et l'existence dans la cavité de caillots qui sont adhérents à ces parois, il peut alors les détacher et même les broyer, puis à l'aide d'injections fortement poussées on les fait sortir de la cavité de la tumeur. M. Récamier recommande de faire, pendant que le liquide sort de la tumeur, une légère compression sur l'abdomen afin de faciliter l'écoulement de ce liquide par le vagin, puis de la continuer ensuite lorsque l'opération est terminée, en appliquant sur l'abdomen des compresses maintenues par un bandage de corps, afin de diminuer, dit-il, les chances de l'introduction de l'air dans le foyer, ce qui, comme nous l'avons vu, expose à des accidents graves, tels que la viciation du liquide, l'inflammation des parois de la tumeur, et enfin la résorption putride. Pour éviter encore l'introduction de l'air, il recommande de maintenir la poche remplie d'eau ; pour cela il pousse la fin de l'injection avec peu de force et maintient le siège de la malade dans une position élevée. Il faudra faire avec soin, dans le foyer, des injections tièdes, émollientes, qu'on répétera plusieurs fois par jour, afin de vider et de débarrasser la cavité de la tumeur du liquide et des caillots qui tendent à s'altérer si vite au contact de l'air.

» La quantité de sang liquide que l'on retire par le vagin varie suivant le volume de la tumeur et le temps depuis lequel elle est formée. Quelquefois on ne retire que quelques cuillerées de liquide, le reste de la tumeur étant formé par des caillots ; d'autres fois, au contraire, comme on a pu le voir dans les observations qui précèdent, 500 et même jusqu'à 1000 grammes de sang liquide se sont écoulés après l'incision. Le sang que l'on a retiré de ces tumeurs était dans tous les cas le même : il était noir, d'une viscosité assez considérable, se coagulant diffi-

ement au contact de l'air et pouvant être très bien comparé à de la mélasse.

» Quelquefois lorsque la poche est considérable, que les caillots sont très adhérents ou situés trop haut, le doigt ne réussit pas à les atteindre et à les détacher. On pourra alors faire usage d'une curette plus ou moins grosse, et, à l'aide de cet instrument, détacher des parois de la tumeur les caillots, que l'on fera sortir ensuite du kyste par des injections. Après avoir incisé et vidé la poche sanguine, il faudra toujours avoir soin d'introduire l'index dans la cavité, afin de voir quelle est son étendue, l'épaisseur de ses parois, et de s'assurer qu'il n'existe pas à sa surface une autre tumeur, comme cela est arrivé dans la première de nos observations, et comme on devra le supposer lorsque, après l'opération, le volume du ventre sera resté le même et que les symptômes généraux n'auront pas diminué d'intensité. Dans ce cas, il faudra s'assurer si la tumeur que l'on sent est bien une nouvelle tumeur sanguine, et qu'elle n'est pas formée, par exemple, par l'accumulation dans l'intestin de matières fécales, par suite de la constipation qui existe depuis longtemps. Lorsqu'on sera certain du diagnostic, il faudra agir, pour ce nouvel épanchement sanguin, comme on l'a fait pour le premier; seulement il faudra agir avec plus de prudence, à cause de la profondeur plus grande de la tumeur et du danger, par conséquent, de blesser les organes voisins. Si les symptômes généraux conservaient leur intensité, par suite de la présence de cette nouvelle tumeur, il ne faudrait pas trop tarder d'en faire l'ouverture, sans quoi cette tumeur pourrait ulcérer l'intestin et donner par cette voie une issue au liquide qu'elle contient, ce qui pourrait amener quelquefois d'autres accidents, par suite du passage dans la poche des matières fécales.

» Lorsque, quelques jours après l'opération, le liquide qui s'écoule de la tumeur aura, comme nous l'avons vu, changé de nature, qu'il sera devenu purulent, fétide, il faudra remplacer les injections émollientes par des *injections* faites avec un *liquide désinfectant*, de l'eau chlorurée par exemple, afin de déterger ce foyer purulent. On aura soin de soutenir en même temps les forces des malades par des *préparations toniques*, le *vin de quinquina*, etc. C'est dans ce cas aussi qu'il faudra explorer avec soin les parois de la tumeur avec une curette, afin d'en détacher les caillots adhérents profondément placés et qui commenceraient à se tréfler.

» Outre ces moyens locaux, que l'on emploiera après l'opération, il faudra en même temps combattre les symptômes généraux qui pourraient persister après l'ouverture de la tumeur. S'il existait encore des symptômes de péritonite, on devra user modérément des *émissions sanguines* à cause de la faiblesse extrême que présentent la plupart des malades. Il serait préférable, dans ces cas, d'employer des *frictions mercurielles* sur le ventre, et l'administration du *calomel* à l'intérieur. On entretiendra, par de légers *purgatifs* ou des lavements, la liberté du ventre. Les fonctions de l'extrémité inférieure de l'intestin ne tardent pas, du reste, à se rétablir après l'évacuation de la tumeur. Des *potions opiacées*, des *aplasmes laudanisés* sur l'abdomen seront employés tant que persisteront les douleurs. Les vomissements seront combattus par la *glace*, l'eau de Seltz; puis, lorsque la fièvre aura disparu, il faudra relever les forces des malades par une *urriture tonique*, qu'on augmentera graduellement, afin de réparer les pertes considérables qu'elles auront pu faire. »

[Il ne serait pas exact de dire que l'on ne pratique plus d'opérations pour les hématoécèles rétro-utérines, mais on doit, avec M. Nélaton, les restreindre à des cas particuliers. Les indications de l'intervention chirurgicale sont, d'après M. Voisin, la violence des douleurs, le développement de la tumeur et la crainte de la rupture des adhérences qui l'enkystent.

Mais, à part ces cas exceptionnels, c'est à un traitement purement médical que l'on doit avoir recours.

**2° Traitement médical. — Méthode de M. Nonat.** — M. Nonat emploie depuis quelques années avec succès un traitement particulier dont voici l'énoncé : Position horizontale, régime sévère ; sinapismes fréquemment promenés sur les membres supérieurs ; cataplasmes émollients sur le ventre et quelquefois des onctions mercurielles ; lavements émollients, purgatifs légers ; applications d'eau froide et même de glace à l'hypogastre et à la partie interne des cuisses, particulièrement au début, pour arrêter ou au moins diminuer le molimen hémorrhagique ; mais, avant tout, émissions sanguines générales lorsque la constitution générale de la femme le permet. M. Nonat les prescrit de la sorte :

Saignées de 90 à 100 grammes, répétées deux ou trois fois par mois, et agissant comme déplétives ou dérivatives (1).

**Méthode de M. le professeur Trousseau.** — M. Trousseau (2) préconise dans le traitement de l'hématoécèle rétro-utérine :

D'une part, les ferrugineux et le quinquina, pour prévenir de nouvelles hémorrhagies ;

Et d'autre part, les astringents et les acides, pour combattre l'hémorrhagie pelvienne.

Quant à la douleur que M. Trousseau croit être produite par une fluxion de l'utérus et de ses annexes, il la combat par des applications sur le ventre de cataplasmes chauds de farine de graine de lin et d'une mixture belladonée et opiacée.

M. Aran (3) considère l'intervention chirurgicale comme malheureuse, et conseille de combattre, de la manière la plus énergique, la péritonite qui se manifeste toujours au début, par de nombreuses applications de sangsues.

Telle est aussi à peu près l'opinion de MM. Oulmont et Marrotte.

M. A. Voisin résume très bien, dans les deux tableaux suivants, le traitement médical.

#### 1° Thérapeutique des accidents produits par l'hémorrhagie.

a. DE LA PÉRITONITE.....	{	Sangsues à l'anus ou sur le ventre (30 à 80, suivant l'état de la malade et la gravité des accidents).
		Calomel à dose fractionnée, 0,10 à 0,30 gram. par paquets de 1 à 5 centigr., pendant deux ou trois jours.
		Vésicatoires volants sur l'hypogastre.
		Opium en pilules, en potions, en lavements et en frictions.
		Belladone. Emplâtres belladonnés.
		Eau de Seltz, glace et potion de Rivière, comme antivomitifs.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 4 juin 1858.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 29 juin 1858.

(3) *Société médicale des médecins des hôpitaux de Paris*, 24 février 1858.

TUMEUR.....	{	<i>Émollients.</i> Cataplasmes sur le ventre.
		<i>Vésicatoires</i> volants sur l'hypogastre, après la cessation de tout symptôme aigu.
		<i>Dérivatifs</i> sur le canal intestinal. Purgatifs salins. Lavements huileux.
		<i>Immobilité absolue</i> pendant le premier mois, jusqu'après l'époque menstruelle qui suit le début de l'affection.
ÉMIE.....	{	<i>Préparations martiales.</i> Fer réduit par l'hydrogène, 20 à 30 centigrammes par jour.
		<i>Toniques.</i> Vin de quinquina. Poudre de quinquina, 30 centigram. à 1 gramme par jour.
		<i>Alimentation choisie.</i>

## 2° Thérapeutique préventive de nouvelles hémorrhagies.

Le malade dans une immobilité absolue, le bassin élevé.

L'hypogastre de compresses trempées dans de l'eau froide; et fréquemment renouvelées. Chez une malade (obs. XXXII), les applications de glace m'ont été utiles.

Applications astringentes, extrait de ratanhia.

Contenant 20 gouttes de perchlorure de fer.

Boissons acides, eau de Rabel.

Remèdes antiménorrhagiques (M. Trousseau), quinquina à la dose de 4 grammes aux membres supérieurs. ]

## ARTICLE II.

### INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE PÉRI-UTÉRIN (*phlegmon péri-utérin*) (1).

Cette affection est connue d'une manière très imparfaite, et cependant elle n'est pas rare. Car dans l'espace d'un an et demi, nous avons observé : 1° 19 cas bien caractérisés d'inflammation rétro-utérine; mais sur ces 19 cas, 11 seulement ont été décrits avec tous les détails nécessaires, et c'est d'après eux que nous allons tracer l'histoire de la maladie; 2° 3 cas d'inflammation anté-utérine; 3° 1 cas, dans lequel l'inflammation avait son siège sur un côté du col; 4° 2 cas, dans lesquels il y avait à la fois une inflammation antérieure et postérieure: en tout, 25 cas. Sur ces 25 cas ayant été convenablement observés, nous en avons donc 17 qui nous serviront à traiter les questions générales.

M. Bernutz (2), qui nous a donné une bonne thèse sur les inflammations du pourtour de l'utérus, ne distingue pas l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin de celle des annexes de la même nature qui ont leur siège dans les ligaments larges et les

Il n'est que de nouveaux travaux aient été produits récemment sur le *phlegmon péri-utérin* nous croyons pas devoir en donner l'analyse à cause des doutes qui se multiplient sur la nature de cette affection. M. Bernutz croit en effet que l'on s'est trompé quant à la détermination exacte de la nature et du siège de ces prétendus phlegmons; il pense que ce sont des inflammations partielles, bornées à une partie du péritoine de l'excavation pelvienne (*pelvis*), et que les tumeurs prises pour un empâtement phlegmoneux résultent de l'adhérence de quelques anses intestinales entre elles ou avec les organes voisins. La rareté des observations qui s'opposent à la solution de la question; mais nous tenons de M. Gosselin, qui a soutenu la thèse de la réalité des phlegmons péri-utérins, que toutes les autopsies récentes ont donné raison à son opinion. ]

*Inflammations des annexes de l'utérus et des ligaments larges*, thèse. Paris, 1847.



ovaires, et voici comment s'exprime M. Bennett (1) à ce sujet : « *Inflammation et abcès des annexes de l'utérus hors de l'état puerpéral.* Dans la plupart des cas, dit cet auteur, elle reste bornée au tissu cellulaire des ligaments larges et aux organes qu'ils contiennent ; elle ne s'étend ni au tissu cellulaire du bassin, ni au péritoine ; elle peut ainsi rester des mois, des années, et si, ce qui est rare, il survient une péritonite, elle offre une grande tendance à se localiser ; dans l'état puerpéral, au contraire, la péritonite s'étend avec une grande rapidité. »

La description qui va suivre démontrera, au contraire, que, hors de l'état puerpéral, il existe une inflammation qui a son siège dans le tissu cellulaire qui environne la partie supérieure du col de l'utérus ; que cette inflammation a des symptômes qui la caractérisent ; qu'elle se termine ordinairement par résolution, et que, par conséquent, lorsqu'on ne l'a étudiée qu'à l'état d'abcès, on n'a fait connaître qu'un des modes de terminaison de cette affection.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'inflammation péri-utérine est celle qui occupe le pourtour du point de réunion du col et du corps de l'utérus, et qui ne s'étend qu'accidentellement aux ligaments larges.

On en a décrit quelques cas d'une manière confuse sous les noms d'*inflammation des annexes de l'utérus*, *tumeurs fluctuantes du petit bassin*, *abcès du petit bassin*. Les Anglais lui donnent le nom de *pelvi-cellulitis*.

Les deux principales espèces d'inflammation péri-utérine sont : 1° le phlegmon rétro-utérin, qui a son siège dans le tissu cellulaire situé entre le cul-de-sac postérieur du vagin, l'excavation péritonéale recto-utérine, l'utérus et le rectum ; 2° le *phlegmon anté-utérin*, dont le siège est dans le tissu cellulaire situé entre le cul-de-sac antérieur du vagin, l'excavation péritonéale vésico-utérine, l'utérus et la vessie. Dans un seul cas, nous avons trouvé une tumeur inflammatoire sur un des côtés de l'utérus, sans que la partie antérieure ou la partie postérieure y participât.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

L'âge des malades a varié de dix-sept à quarante-deux ans. Aucune n'avait encore passé la grande période menstruelle, et ce fait mérite d'être remarqué, parce qu'il prouve que c'est à l'époque où l'utérus jouit de toute sa vitalité que se produisent ces inflammations qui ont pour siège le pourtour de cet organe.

Il n'y a rien eu dans la *constitution* ni dans le *tempérament* qui mérite d'être mentionné.

Sur les 17 cas qui ont été recueillis avec soin, 11 étaient relatifs à des femmes qui avaient de la *dysménorrhée*, et cette dysménorrhée était due à une *congestion sanguine*.

Dans 3 cas sur 25, les malades avaient une *déviatio*n utérine qui avait été traitée par le *redresseur utérin*. Nous ne plaçons pas cette cause parmi les causes occasionnelles, parce que ce n'est pas immédiatement à la suite de l'application du re-

(1) *Loc. cit.*

seur que l'inflammation s'était produite, mais plusieurs jours après et lors de parition des règles, les malades n'ayant rien éprouvé dans l'intervalle. Voicimment on peut expliquer la production de l'inflammation. D'une part, la première apparition des règles après l'emploi du redresseur est marquée par une plus grande abondance du flux menstruel; le raptus sanguin est donc plus considérable. D'autre part, c'est particulièrement pendant l'époque menstruelle que se produit l'inflammation dont il s'agit, parce que, sans aucun doute, les tissus qui environnent l'utérus sont alors le siège d'une hyperémie qui, lorsqu'elle est trop violente, se dégrade en inflammation. Ce rapprochement suffit pour nous faire comprendre comment le redressement de l'utérus, en favorisant ce raptus, favorise également la production de l'inflammation. Il ne faudrait donc pas croire que c'est en exerçant une violence directe sur l'utérus et le tissu qui l'entoure que l'instrument a donné lieu à cet accident. Il pourra en être ainsi dans quelques cas, si l'on agit sans précaution, surtout chez des malades dont les organes génitaux sont déjà inflammés; mais ce n'est pas de cette manière que les choses se sont passées dans les cas que nous citons.

Enfin, dans deux cas, les tissus péri-utérins étant douloureux et gonflés, présentent en un mot des signes d'*inflammation subaiguë*, les malades ont eu à plusieurs reprises, à l'époque menstruelle, une inflammation aiguë du tissu rétro-utérin, à laquelle les prédisposait évidemment l'inflammation préexistante.

## 2° Causes occasionnelles.

Dans un seul cas, sur les dix-sept complètement observés, l'affection est survenue peu de temps après l'*accouchement*. Peut-être trouvera-t-on plus tard cette cause un peu plus fréquente. Il n'en est pas moins remarquable que l'inflammation, après l'accouchement occupe si fréquemment les ligaments larges, se soit montrée si rarement, dans les mêmes circonstances, chez les malades que nous avons observées. Il ne faut pas confondre avec ces cas ceux où l'inflammation ayant existé primitivement dans la fosse iliaque a ensuite gagné le tissu cellulaire qui l'entoure, parce que, dans ces derniers, il n'y a qu'une simple extension de l'inflammation primitive.

L'*inflammation de l'utérus et du vagin* peut néanmoins s'étendre au tissu péri-utérin et produire l'affection dont nous nous occupons. C'est ce que nous avons vu en particulier chez une jeune fille de dix-sept ans et demi qui avait contracté une vaginite. L'inflammation gagna l'utérus, puis le tissu péri-utérin, extension qui fut signalée par les douleurs les plus vives, et il se produisit une tumeur qui devint purulente.

Dans un cas, ce fut après des *excès de coït* que se produisit l'inflammation péri-utérine.

Enfin, chez toutes les autres malades, il n'y eut *aucune cause occasionnelle* appréciable. Pendant l'époque menstruelle, des douleurs beaucoup plus vives qu'à l'ordinaire se manifestant, la fièvre s'alluma, et la maladie se déclara.

## § III. — Symptômes.

Les *symptômes* de cette affection sont très caractéristiques, et permettent de constater rigoureusement le diagnostic. Ils diffèrent en quelques points suivant le siège

de la maladie, et par conséquent nous devons, pour la description, distinguer trois espèces principales. La première est le *phlegmon rétro-utérin* ; la seconde le *phlegmon anté-utérin*, et la troisième, la *réunion de ces deux espèces*. En décrivant la première espèce, nous ferons connaître les symptômes qui sont communs à toutes les trois ; il suffira ensuite d'indiquer ce qui appartient en propre aux deux autres.

**1° Phlegmon rétro-utérin. — Début.** — Avant d'éprouver les symptômes caractéristiques de la maladie, tous les sujets avaient pendant quelques heures, et rarement un ou deux jours, du malaise, une sensation de pesanteur et de chaleur vers le rectum. Six sur onze ont eu un frisson marqué ; les autres n'ont eu que des frissonnements passagers. Chez toutes il y avait de l'inappétence et de la constipation.

**Symptômes de la maladie confirmée.** — Le symptôme qui frappe au premier abord est la douleur. Ce symptôme est constant. La *douleur spontanée* est toujours considérable, quelquefois excessive. Elle se manifeste par exacerbations violentes, qui sont souvent telles que les malades ne peuvent garder aucune position, qu'elles se roulent sur leur lit, font des contorsions, pleurent et poussent des cris. Cette douleur est diversement caractérisée par elles : les unes se plaignent d'une sensation de brûlure, les autres de battements douloureux, la plupart d'élançements violents, etc. La *douleur provoquée* n'est pas moins constante : elle est produite par la pression sur l'hypogastre, par la percussion, par le toucher vaginal, et surtout par le passage des matières fécales dans l'intestin. En allant à la garde-robe, les malades éprouvent une douleur des plus vives, vers le sacrum et l'anus, et la défécation est ordinairement le signal d'une de ces exacerbations violentes précédemment décrites.

Des *douleurs expulsives* ont lieu dans le rectum. Les malades éprouvent dans l'intestin la sensation d'un corps étranger qui provoque des contractions souvent sans résultat et qui est due à deux causes différentes : 1° à la pression de la tumeur inflammatoire sur la paroi antérieure du rectum ; 2° à la propagation de l'inflammation aux tuniques de l'intestin, rendue évidente par l'expulsion d'une plus ou moins grande quantité de mucus dont nous parlerons plus loin. Ces douleurs expulsives, déjà signalées dans l'*hématorcèle rétro-utérine*, sont plus marquées dans l'affection qui nous occupe et ont quelque chose de caractéristique.

Le *toucher vaginal* fait reconnaître derrière le col de l'utérus une *tumeur* qui en est séparée ordinairement par un sillon profond. Lorsque cette tumeur est très considérable, elle peut effacer presque complètement le cul-de-sac vaginal postérieur, comme nous en avons vu un exemple dans un cas qui s'est terminé par suppuration.

Le volume de cette tumeur ne dépasse pas ordinairement celui de la moitié la plus évidée d'un œuf de poule qui serait un peu aplati d'avant en arrière. En pareil cas, l'angle situé entre elle et le col a presque toute la profondeur du cul-de-sac vaginal postérieur. On sent à sa surface les plis transversaux du vagin. Sa consistance est un peu molle, sans fluctuation ; elle est immobile. Le contact du doigt dans ce point est extrêmement douloureux. Nous verrons à l'article du *diagnostic* que cette disposition simule si bien la rétroflexion, qu'on s'y est mépris plusieurs fois, faute d'une exploration suffisante.

Le *toucher rectal* est très douloureux ; on peut se dispenser de le pratiquer dans

part des cas. Il fait sentir une tumeur aplatie d'avant en arrière et dont on ne peut pas atteindre la partie supérieure.

Quand la tumeur est plus volumineuse, sa surface est plus lisse, sans cependant différer autant que dans l'hématocèle rétro-utérine. En combinant le toucher vaginal et le toucher rectal, on saisit entre les deux doigts sa partie inférieure, et l'on juge de l'épaississement de la cloison recto-vaginale dans laquelle elle s'est enfoncée. Parfois, à une certaine époque de la maladie, on y sent une fluctuation manifeste.

En même temps, le toucher fait reconnaître dans quelques cas la chaleur, la rougeur, des battements artériels du col de l'utérus ; en un mot, des signes d'inflammation de cette partie. Si on le combine avec le *palper hypogastrique*, on s'assure que le reste du tissu péri-utérin et les ligaments larges sont souples et exempts d'inflammation.

L'examen au spéculum est extrêmement douloureux et le plus souvent inutile. Il ne peut faire reconnaître les signes visibles de l'inflammation du vagin et du col, les autres symptômes ont déjà suffisamment révélés.

Plus souvent les symptômes du côté des voies digestives se bornent à de la répugnance, du dégoût pour les aliments, parfois quelques nausées, une soif acre, et la constipation opiniâtre, avec douleurs expulsives dont nous avons parlé ; ou, au contraire, lorsque l'inflammation qui a gagné le rectum est considérable, un dévoiement assez fort, avec des épreintes et des excréments muqueux semblables à celles de la dysenterie.

Dans deux cas, des vomissements bilieux, des nausées continuelles, un peu de fièvre se sont joints aux symptômes précédents. L'inflammation s'était alors évidemment propagée au péritoine environnant, ce qui était encore démontré par des douleurs beaucoup plus vives qu'à l'ordinaire siégeant à l'hypogastre et s'irradiant dans les flancs.

Du côté des voies urinaires on n'observe rien de remarquable, tant que l'inflammation ne s'est pas propagée au tissu cellulaire anté-utérin.

Le pouls est modérément accéléré dans la plupart des cas ; dans les deux cas où l'inflammation avait gagné le péritoine voisin, il est monté à 108 et 114, et est devenu faible et petit ; dans les autres il n'a pas dépassé 90 et a conservé son caractère ordinaire.

La face est toujours anxieuse, elle exprime la souffrance à un très haut degré au moment des exacerbations. Dans les cas où le péritoine voisin a été envahi, elle est pâle, amaigrie, avec une expression des plus douloureuses.

Le *décubitus* est en général dorsal, la tête assez élevée pour que le tronc soit un peu porté en avant. Dans les exacerbations, les malades se tiennent en général le tronc penché en avant, et souvent elles changent de position dans l'espoir de se soulager, ou même se livrent à des contorsions.

Nous n'avons jamais observé de symptômes cérébraux.

Tels sont les symptômes de cette affection. Dans les cas où la suppuration s'établit, ils changent de nature, puis s'amendent rapidement et disparaissent même en quelques instants, si l'abcès s'ouvre et trouve une voie facile au dehors.

2° *Phlegmon anté-utérin*. — Nous n'avons observé cette inflammation isolée que dans trois cas. Les symptômes particuliers à cette espèce ont été les suivants : 1.

malades éprouvaient une *douleur* hypogastrique vive, avec *exacerbations*. Le *toucher vaginal* faisait reconnaître le *cul-de-sac* postérieur parfaitement libre et souple. Dans le *cul-de-sac* antérieur, au contraire, on sentait, non pas une tumeur circonscrite et arrondie, comme dans l'espèce précédente, mais une *tension* marquée, une résistance insolite résultant de l'inflammation. La disposition serrée du tissu qui unit la paroi vaginale à la vessie et une portion de celle-ci au col, explique cette différence. On ne sent pas latéralement d'une manière distincte les limites de cette résistance. La *pression* exercée avec l'extrémité du doigt sur la partie résistante occasionne la plus vive douleur; il en est de même lorsque, en voulant repousser le col de l'utérus en arrière, on exerce des *tiraillements* sur ce point.

Un autre symptôme constant et remarquable est la *douleur des contractions vésicales* pendant la miction. Les malades s'en plaignent vivement. En même temps il survient des *envies fréquentes d'uriner* qui les fatiguent beaucoup, envies auxquelles elles cherchent à résister, mais que l'irritation de la vessie les force bientôt à satisfaire.

Tous les symptômes décrits dans la précédente espèce, sauf ceux qui ont leur siège dans le rectum, appartiennent également à celle-ci. Seulement, nous avons remarqué que les symptômes péritonéaux se manifestent plus facilement, sans doute parce que le développement de l'inflammation est plus facile vers la partie supérieure où le tissu est plus lâche.

3° *Inflammation anté- et rétro-utérine réunies*. — En réunissant les symptômes propres à chacune des deux précédentes espèces aux symptômes qui leur sont communs, on a le tableau de la maladie. Il suffit donc de la mentionner.

Quant au cas où l'inflammation siégeait sur le côté de l'utérus, comme la tumeur se portait un peu en arrière vers le rectum, ce sont les symptômes de la première espèce qui prédominaient.

#### § IV. - Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie doit être étudiée avec soin. Elle présente des *exacerbations* presque toujours d'une très grande violence. Cela a lieu alors même que l'inflammation reste fixée à la partie postérieure de l'utérus, et ne peut s'expliquer en pareil cas que par l'envahissement successif de plusieurs points très rapprochés du tissu péri-utérin. Lorsque l'inflammation envahit des points plus éloignés, comme les parties latérales et la partie antérieure, ces envahissements ont lieu également à des intervalles plus ou moins éloignés et expliquent les exacerbations.

Toujours est-il que ces intervalles de douleur violente et de calme relatif donnent à l'affection une physionomie particulière, et que le médecin doit bien connaître pour n'être point induit en erreur. Les premiers symptômes ont une grande violence; on les voit, sous l'influence du traitement, s'amender rapidement, disparaître même tout à fait, et l'on peut croire que, comme les inflammations ordinaires, la maladie va cesser graduellement. Il n'en est rien. Au bout de huit, dix et même vingt-quatre heures, les symptômes se reproduisent avec la plus grande violence, et ainsi de suite pendant quatre, six, huit jours et quelquefois plus. C'est, comme on le voit, une *intermittence irrégulière* bien prononcée. Dans quelques cas, cette

littence se rapprochait assez de la périodicité pour qu'on crût avoir affaire à une maladie franchement intermittente.

*Durée de l'affection, quand elle se termine par résolution*, est de huit à dix jours ordinairement. Cependant il reste, après ce temps, un point d'induration douloureux à l'endroit où siégeait l'inflammation, et les femmes ont besoin de ménagements. *Quand la maladie se termine par suppuration*, les symptômes douloureux ont une durée un peu plus longue, parce qu'il se passe quelques jours de plus avant que la collection purulente soit formée ; puis l'ouverture de la tumeur, naturelle ou artificielle, met promptement un terme aux souffrances du malade.

*Terminaison de la maladie* est variable. Dans le plus grand nombre des cas, elle est faite par résolution ; nous n'avons vu, en effet, sur 25 cas, la suppuration se faire que deux fois dans le phlegmon rétro-utérin, une fois dans le phlegmon anté-utérin, et une fois dans l'inflammation occupant à la fois le tissu cellulaire postérieur et le tissu cellulaire antérieur. En tout, 4 fois sur 25. C'est là un point très important, car il prouve que la maladie a été bien souvent méconnue, puisqu'elle n'a été étudiée que dans les cas où il se produit un abcès. Et cependant, comme nous l'avons vu, elle n'est pas moins bien caractérisée quand elle doit se terminer par résolution.

*Lorsque cette terminaison par résolution a lieu*, on voit d'abord les symptômes commencer à s'amender, puis cesser complètement. La tumeur dans le phlegmon rétro-utérin, et les tissus résistants dans le phlegmon anté-utérin, deviennent beaucoup moins douloureux. Puis toute douleur disparaît, la tumeur diminue peu à peu, et il faut la chercher dans un point plus élevé, et enfin elle finit par disparaître sans laisser de trace, ou bien il reste pendant un certain temps un petit noyau induré qui disparaît plus tard. Les tissus reprennent leur souplesse, et l'on peut imputer à l'utérus des mouvements comme à l'état normal.

*Quand la suppuration s'établit*, il y a quelques signes, comme de légers frissons, du malaise, qui l'annoncent dans certains cas, mais non dans tous. Lorsque les tissus présentent plus de mollesse, on trouve une fluctuation qui n'est bien nette que dans le phlegmon rétro-utérin, et seulement lorsqu'il a fait une saillie considérable entre la paroi vaginale et la paroi rectale ; puis la tumeur se ramollit et le pus s'écoule au dehors. Dans les cas que nous avons observés, le pus sortait jour constamment dans le vagin, lorsqu'il s'agissait du phlegmon rétro-utérin. Cependant on conçoit que l'abcès puisse s'ouvrir dans le rectum. Dans ce dernier cas, on observe les phénomènes bien connus qui ont lieu lorsque le pus des abscesses de la fosse iliaque prend cette voie (1). Dans le premier, la malade sent tout à coup ses parties génitales mouillées ; son linge est taché par le pus ou un mucus moins lié qui s'écoule ; on trouve le vagin et le col baignés par ce liquide, sans pouvoir découvrir l'orifice par lequel il s'écoule, caché qu'il est dans les replis du vagin.

Dans certains cas, on a donné issue au pus avec le bistouri. Nous verrons dans les circonstances il convient d'agir ainsi.

Lorsque l'inflammation siége à la partie antérieure de l'utérus, le pus peut éga-

Voyez chap. VI, Appendice, *Tumeurs inflammatoires des fosses iliaques*.



lement se frayer une voie par le vagin ; c'est ce que nous avons vu, mais dans des cas où le tissu post-utérin était également enflammé. Nous ne connaissons pas d'exemple d'ouverture d'un semblable abcès par le bistouri, ce qui s'explique par le peu de saillie de la tumeur et par la difficulté d'y découvrir la fluctuation.

Dans un cas, nous avons vu l'abcès s'ouvrir dans la vessie. Cette ouverture fut annoncée par des envies fréquentes d'uriner, une douleur assez vive à la fin de la miction, et la présence d'une quantité considérable de pus grisâtre qui diffuait au fond du vase qui contenait l'urine. En outre, ce pus avait une odeur fétide des plus prononcées.

Enfin, on voit quelquefois l'inflammation se propager aux ligaments larges, et alors l'affection prend des caractères un peu différents, que nous exposerons dans l'article suivant (1).

#### § V. — Lésions anatomiques.

L'inflammation péri-utérine ne causant pas la mort par elle-même, on n'a pas pu décrire d'une manière exacte les lésions anatomiques, si parfois l'extension de l'inflammation ou une rupture de l'abcès n'avait pas donné lieu à une péritonite mortelle ou à une autre lésion grave. En pareil cas, on a trouvé dans le dédoublement de la paroi vaginale et du rectum, ou dans le tissu cellulaire qui unit l'utérus à la vessie, des foyers purulents contenant un pus phlegmoneux ou sanieux, et de diverses ouvertures dans les cavités voisines signalées plus haut.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

*Phlegmon rétro-utérin.* — L'affection avec laquelle il est le plus facile de confondre cette espèce est la *rétroflexion*. Le toucher vaginal donne, en effet, des signes presque identiques. De part et d'autre, on trouve le col en avant, une tumeur qui fait saillie à la partie postérieure et supérieure du vagin, et entre les deux un angle rentrant plus ou moins profond. La consistance de la tumeur de la rétroflexion est plus grande, il est vrai ; elle aussi moins douloureuse ; mais il y a là des nuances insuffisantes. Tous les doutes sont promptement levés par l'emploi de la sonde utérine. Elle pénètre, en effet, le bec et la concavité en sonde jusqu'à plus de 6 centimètres ; et la tumeur reste immobile dans les cas de phlegmon rétro-utérin. Quelquefois le phlegmon est tellement volumineux, que l'utérus est dévié à droite ou à gauche. Si donc on éprouve un peu de difficulté à la faire pénétrer directement, il ne faut pas employer la force, mais porter doucement le bec d'un côté ou de l'autre en poussant légèrement ; on la voit bientôt s'avancer vers l'une ou l'autre fosse iliaque.

Nous avons été appelé trois fois pour de prétendues rétroflexions qui n'étaient autre chose que des phlegmons de ce genre, et dans deux cas même, on avait exercé sur la tumeur des pressions excessivement douloureuses pour réduire la déviation. Le moyen d'exploration indiqué a fait promptement reconnaître l'erreur, et l'inflammation a cédé aux moyens de traitement que nous indiquerons plus loin.

Le même moyen de diagnostic suffit pour faire distinguer le phlegmon rétro-

(1) Voyez article III, *Inflammation des ligaments larges*, p. 292.

térin d'une tumeur dans la paroi postérieure de l'utérus, d'une tumeur de l'ovaire, etc.

On trouve à l'article consacré à l'hématocèle rétro-utérine le diagnostic différentiel de ces deux lésions qui ont beaucoup de symptômes communs.

L'inflammation du tissu cellulaire situé entre le col et la vessie pourrait être prise pour une cystite. La résistance des tissus dans la partie la plus profonde du cul-de-sac vaginal antérieur, la douleur circonscrite dans ce point, les symptômes péristriques et péritonéaux, suffisent pour faire reconnaître l'existence de la première de ces deux affections.

**Pronostic.** — Malgré la violence des symptômes, le pronostic n'est pas grave. Il ne pourrait le devenir que si l'affection se propageait à d'autres parties; mais alors on aurait une maladie différente. L'ouverture de l'abcès la plus heureuse est celle qui se fait dans le vagin.

### § VII. — Traitement.

Les émissions sanguines générales et locales doivent d'abord être employées avec assez d'énergie. Nous avons mis principalement en usage les sangsues et les moustiques scarifiés, et toujours nous avons été obligé de revenir plusieurs fois (trois ou quatre) à leur application dans les moments d'exacerbation signalés plus haut. Toujours aussi elles ont procuré du calme aux malades.

Le second moyen consiste dans l'application de très petits vésicatoires volants mouillés, matin et soir, avec 0,01 à 0,02 grammes d'un sel de morphine. Nous les renouvelons dès qu'ils étaient secs. En calmant les douleurs, ils rendaient la marche de la maladie plus uniforme. Les bons effets en ont été évidents dans tous les cas.

Viennent ensuite les cataplasmes, les demi-bains, les injections émollientes et narcotiques, les narcotiques à l'intérieur, la glace, l'eau de Seltz, la potion de Jovièvre dans les cas de vomissement.

Il faut toujours donner un laxatif (magnésie, citrate de magnésic, sulfate de soude, etc.) dans les cas fréquents de constipation.

Enfin, la diète et le repos le plus absolu possible complètent ce traitement bien simple, à l'aide duquel la maladie se termine presque toujours par résolution.

Dans certains cas d'abcès, on a donné issue au pus à l'aide du bistouri. — Pour qu'on puisse agir ainsi, il faut que la tumeur fasse une assez grande saillie hors du vagin, et qu'on y sente bien la fluctuation.

Quelquefois l'ouverture s'est produite spontanément; mais l'ouverture trop étroite ne permet qu'imparfaitement la sortie du pus; dans un cas de ce genre, nous nous sommes vus suffire d'agrandir l'ouverture à l'aide d'un bistouri ordinaire; le spéculum à valve, dont les deux parties s'écartaient latéralement, permettait de voir la tumeur. Il vaudrait mieux se servir du bistouri boutonné, si l'on apercevait l'ouverture spontanée, ou bien ne faire qu'une simple ponction qu'on agrandirait ensuite avec le bistouri.

Quand le pus coule dans le vagin, il faut multiplier les injections. S'il s'échappe par le rectum, on donne chaque jour plusieurs lavements émollients; enfin, dans les cas où le pus coulait dans la vessie, des injections émollientes dans cet organe ont été fort utiles.

## ARTICLE III.

## INFLAMMATION DES LIGAMENTS LARGES.

*Causes.* — C'est surtout après l'accouchement que se produit cette inflammation. Cependant nous avons sous les yeux trois cas observés hors de l'état puerpéral et où les malades se trouvaient dans les mêmes conditions que celles que nous avons vues présenter une inflammation du tissu péri-utérin.

Les *symptômes* diffèrent en ce qu'il se produit une *tumeur hypogastrique* douloureuse, qui se prolonge vers une fosse iliaque, et quelquefois successivement dans les deux. On la sent très bien par la palpation. Elle est limitée supérieurement par une ligne droite transversale, qu'on apprécie par la *palpation* et la *percussion*. Cependant, si la tuméfaction est peu considérable, on la sent difficilement, et il faut alors avoir recours au *toucher vaginal* et au *palper hypogastrique combinés*. En portant le doigt dans le fond du cul-de-sac vaginal sur les côtés de l'utérus, on sent entre lui et la main qui palpe une *induration des tissus*, allongée plus ou moins épaisse, et douloureuse à la pression. Elle se prolonge de l'utérus vers l'os des iles.

Les autres symptômes sont semblables à ceux de l'inflammation péri-utérine.

Cette inflammation ne se termine pas toujours par suppuration. Nous avons sous les yeux trois observations dans lesquelles la tuméfaction s'est peu à peu dissipée. Quant à la *terminaison* par suppuration, nous la ferons connaître dans l'appendice au chapitre suivant.

Le *traitement* est le même que celui des autres inflammations péri-utérines.

## CHAPITRE VI.

## MALADIES DES OVAIRES.

ARTICLE I<sup>er</sup>.

## OVARITE.

On a distingué l'ovarite en *simple* ou *idiopathique*, en *puerpérale*, qu'on peut, comme Chomel l'a fait pour la métrite, diviser en *puerpérale proprement dite* et en *postpuerpérale*, et enfin en *symptomatique* d'une autre affection. Or il y a une circonstance capitale à considérer : ou bien l'ovarite se termine par *résolution*, comme cela arrive dans l'ovarite simple, ou bien elle se termine par *suppuration*. Dans ce dernier cas, il y a un abcès de la fosse iliaque, et il est bien plus important pour la pratique de ne tenir compte que de cet abcès, en rangeant l'*inflammation de l'ovaire* parmi les causes des lésions de ce genre, que de décrire la maladie tout entière, pour avoir ensuite à y revenir à propos des abcès de la fosse iliaque. Nous n'avons donc à nous occuper ici que de la première espèce.

1° OVARITE AIGUE.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le cas (1), qui a réuni les observations d'ovarite les plus importantes, n'a pu être cas de ce genre, et encore, en y regardant de près, on ne peut s'empêcher de conserver des doutes sur quelques-uns d'entre eux. Nous n'en avons qu'un seul, dont nous parlerons plus loin. Quant à l'ovarite qui survient pendant les couches, le diagnostic en est si difficile, que quelques auteurs, et en particulier Lisfranc (*loc. cit.*), ont renoncé à décrire à part l'inflammation de l'ovaire, et ont réuni dans leur description cette inflammation à celle des autres parties de l'utérus.

§ II. — Causes.

Les causes de l'inflammation idiopathique de l'ovaire sont des plus obscures. On a rapporté quelques cas où il a paru que les efforts de la menstruation, ou qu'il y a congestion sanguine de l'ovaire, peuvent être suivis d'une inflammation de l'organe congestionné. Le fait n'a rien d'invraisemblable, mais sa confirmation demanderait de nouvelles recherches; car, ainsi que nous le verrons plus tard, le diagnostic aurait eu besoin d'être mieux précisé qu'il ne l'a été dans les observations rapportées. La suppression subite des menstrues aurait le même effet, comme on le verra dans les deux observations citées par M. Chereau (2). M. Copland (3) a signalé l'ovarite rhumatismale; mais rien ne prouve qu'en pareil cas le principe de la maladie fût pour quelque chose dans la production de la maladie. M. Louis (4) a observé dans plusieurs cas de ces maladies fébriles, un peu de rougeur et de tuméfaction des ovaires, mais jamais de lésions assez graves pour mériter une description particulière.

On a encore cité comme causes de l'ovarite les coups, les chutes, les plaies, les excès aphrodisiaques; mais on n'a pas rapporté les faits à l'appui.

L'ovarite est due à l'extension de l'inflammation blennorrhagique à un ovaire, comme le docteur Bourand (5) en a signalé des exemples intéressants.

Elle survient parfois sans cause appréciable. C'est ce que nous avons constaté chez une femme de plus de soixante ans, chez laquelle, comme on le verra plus loin, l'existence d'une ovarite n'a pas été douteuse.

On sait que dans le cours d'une fièvre puerpérale, l'ovaire peut être pris d'une inflammation; mais, en pareil cas, c'est une affection secondaire. Quelque temps après l'accouchement, cet organe peut également être pris d'une inflammation qui se termine par résolution ou par suppuration. Le second cas nous occupe seul ici. Le premier dont il s'agit se produit principalement pendant la grande période de la fièvre; cependant le fait que nous venons de citer prouve que cette règle n'est pas sans exception.

(1) *Recherches pour servir à l'étude des maladies des ovaires.* Paris, 1844.

(2) *Id.*, p. 131.

(3) *Journal médico-chirurgical.* London, 1830.

(4) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1841, 2 volumes in-8.

(5) *Id.*, Paris, 1847.

## § III. — Symptômes.

Dans tous les cas cités, il y a eu une *douleur spontanée* assez vive, et surtout une *douleur violente sous la pression*; c'est au point qu'un attouchement un peu fort sur la région iliaque malade est tout à fait insupportable. La douleur spontanée peut s'irradier dans les lombes et même dans les cuisses; elle est parfois pulsative. Les mouvements du membre inférieur causent de la douleur dans la partie malade, et le membre reste immobile et à demi fléchi.

Une *tumeur*, dont les auteurs comparent généralement le volume à celui d'un œuf de poule, mais qui peut, comme nous l'avons vu, être plus considérable au commencement de la maladie, se montre dans une fosse iliaque, bien rarement dans les deux à la fois. La position de cette tumeur n'a pas été indiquée d'une manière bien précise par les auteurs. Dans les faits cités par M. Chereau, il est dit que la tumeur était *mobile*, et dans quelques-uns seulement, qu'elle pouvait être limitée de manière à faire reconnaître la forme de l'ovaire tuméfié. Voici ce que nous avons vu dans le cas soumis à notre observation. Les deux premiers jours, nous avons trouvé dans la fosse iliaque droite une tumeur qui avait 6 ou 7 centimètres de diamètre, et qui occupait cette région de manière qu'il n'y avait aucun intervalle entre elle et l'os iliaque correspondant. La tumeur était immobile, et nous crûmes à la formation d'un phlegmon de la fosse iliaque non encore suppuré; puis la tumeur se limita, un intervalle souple existait entre elle et l'os iliaque, et l'on sentait une dureté ovoïde parfaitement limitée. Les jours suivants, la tumeur diminua rapidement de volume, de sorte qu'en dix ou douze jours elle avait complètement disparu, sans évacuation d'aucune espèce. Dans une observation due à M. Harrison de Louisville (1), il est dit que la tumeur était située au-dessous de la protubérance du sacrum, ce qui nous paraît difficile à comprendre.

Le *toucher par le rectum* peut être utile pour constater la position de la tumeur, mais nous ne trouvons pas de renseignements suffisants sur ce point.

La tumeur est *résistante*; elle donne un son mat à la *percussion*, qui doit être pratiquée légèrement dans les premiers temps, à cause de la douleur vive qu'elle occasionne.

Dans les cas où la maladie survient après les couches, les symptômes locaux sont les mêmes d'abord; il n'y a, en effet, rien de particulier sous ce rapport, que la terminaison par suppuration dans certains cas.

Les autres symptômes locaux signalés par quelques auteurs étaient dus à des lésions des organes voisins, et appartenaient par conséquent à des complications dont nous ne devons pas nous occuper ici.

Les *symptômes généraux* sont très variables suivant les cas. Si la maladie est survenue spontanément, elle peut ne déterminer qu'un simple *malaise* et un mouvement fébrile insignifiant. Dans les cas où elle vient pendant une menstruation difficile, il y a les signes de la *dysménorrhée*, et de plus un mouvement fébrile assez prononcé. C'est ce qui avait lieu chez les malades observées par M. Chereau la fièvre, avec *brisement des membres*, *céphalalgie*, *soif*, *troubles digestifs*, accompagnait les ovarites survenues à la suite d'une suppression des règles. En

(1) *The American Journ. of the med. sciences*, 1835.

que l'ovarite qui se manifeste pendant les couches détermine un mou-  
vile semblable à celui que produit la métrite. Dans tous ces cas, une  
opiniâtre peut être le résultat de la compression exercée sur l'intestin  
dur, lorsqu'elle est considérable.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est continue. Sa durée est d'un ou deux septénaires  
et se termine par résolution; dans le cas contraire, il se forme un *abcès*,  
nous occuperons plus loin. La *terminaison* par abcès, qui n'a jamais eu  
dans les cas d'ovarite idiopathique, ne serait pas, suivant quelques auteurs, la  
même, et l'on aurait encore à craindre de voir l'ovaire se *gangrener*;  
il n'a pas été cité de cas d'ovarite simple se terminant ainsi.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Le principal qui sert à faire distinguer cette affection, avant la suppuration,  
est le *phlegmon de la fosse iliaque*, est la forme de la tumeur, qui est ovoïde et  
dure; mais ce signe ne se montre pas toujours. Le signe consistant dans un  
intervalle entre la tumeur et l'os iliaque est très important. On ne l'observe ja-  
mais dans les abcès; cet intervalle n'a été sensible qu'au bout de quelques jours.  
Si toujours ainsi, il nous paraîtrait bien difficile de distinguer, avant  
la suppuration, l'ovarite du phlegmon de la fosse iliaque. Il ne faudra pas oublier  
l'inspection rectale, qui peut faire apprécier la forme de la tumeur, alors qu'elle  
est facilement perçue à travers la paroi abdominale.  
Le pronostic est peu grave lorsque l'affection s'est développée hors de l'époque  
des couches. Dans le cas contraire, on a à redouter la suppuration, dont nous ferons  
plus loin le danger.

§ VI. — Traitement.

Le traitement consiste dans la saignée, des sangsues en plus ou moins grand nombre, suivant la force des  
malades et surtout suivant l'intensité des phénomènes locaux et généraux; les  
opiatés, quelques *narcotiques*; la *diète*, le *repos*; des *purgatifs* peu violents  
pour combattre la constipation: tels sont les seuls moyens qu'on ait mis en usage, et  
qui ont été montrés suffisants dans les cas d'ovarite simple. On conseille, si la réso-  
lution ne vient pas, d'attendre, d'avoir recours aux *frictions mercurielles*, aux médica-  
ments *fondants*, etc.; mais nous n'avons pas de bonnes observations qui  
nous permettent de connaître les cas de ce genre.

2° OVARITE CHRONIQUE.

Les auteurs qui regardent les diverses dégénérescences de l'ovaire comme de  
simples variétés d'une ovarite chronique ont nécessairement considéré cette maladie  
comme très fréquente; mais rien ne prouve que leur opinion soit fondée, dans le  
nombre des cas du moins.

Il manque de nombreuses observations pour tracer l'histoire de cette maladie, à laquelle on



attribue pour *symptômes* une douleur sourde, avec tuméfaction plus ou moins considérable d'un ovaire ou des deux à la fois.

## ARTICLE II.

### KYSTES DES OVAIRES. HYDROPIE ENKYSTÉE.

Les divers kystes des ovaires doivent être rangés parmi les maladies qui intéressent plus la chirurgie que la médecine. Nous ne mentionnerons dans cet article que ce qui rentre plus spécialement dans notre sujet.

#### 1° KYSTES PILEUX.

Ces tumeurs n'ont pas d'intérêt pratique réel ; elles n'acquièrent, en effet, quelque importance que lorsqu'elles s'enflamment, et alors il en résulte des abcès qui réclament l'intervention de la chirurgie (1).

Ces kystes sont divisés en trois ordres par M. Velpeau (2), qui en a tracé une histoire intéressante. Dans le premier il range ceux qui paraissent dépendre de la même cause qui a produit l'organisme qui les contient ; dans le *second* se rangent ceux qui sont le produit d'une fécondation incomplète ; et dans le *troisième* se classent ceux dans lesquels les productions morbides (graisse, poils, dents) paraissent des productions du sac qui les renferme.

Les produits qu'on rencontre dans ces kystes sont, dans l'ordre de fréquence : des poils, des dents, de la graisse qui les enveloppe, des fragments d'os, des lambeaux ayant l'aspect du tissu musculaire, de la peau, etc.

Ces kystes forment des tumeurs *indolentes*, à moins d'accidents particuliers, occupant une étendue assez considérable de la partie inférieure de l'abdomen, offrant une dureté assez grande, mais ordinairement différente dans les divers points, donnant un son mat à la percussion, et ayant leur racine dans une des fosses iliaques.

Les femmes n'en éprouvent ordinairement aucune incommodité ; mais ces tumeurs peuvent s'enflammer, et de là des *abcès* qui se sont vidés au dehors, dans l'intestin, dans le vagin, etc. Les débris de matière organisée qui s'échappent alors font reconnaître la nature de la tumeur.

#### 2° KYSTES SÉREUX, OU HYDROPIE ENKYSTÉE.

##### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *kystes de l'ovaire*, ou *hydropisie enkystée*, à une affection dans laquelle cet organe renferme, dans une ou plusieurs poches dont il est creusé, un liquide quelconque. Cette définition prouve déjà qu'il ne s'agit pas ici d'une hydropisie ordinaire ; car le liquide contenu dans les kystes n'est pas, à beaucoup près, toujours séreux.

L'hydropisie de l'ovaire n'est pas une maladie rare, sans toutefois pouvoir être rangée parmi les affections chroniques qu'on rencontre fréquemment.

(1) Voyez Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, XVIII<sup>e</sup> livraison, in-folio pl. color.

(2) *Dictionnaire de médecine*, t. XXII, p. 581.

## § II. — Causes.

## 1° Causes prédisposantes.

Parmi les *causes prédisposantes*, on a rangé l'âge de vingt à quarante-cinq ans ; is nous n'avons pas à ce sujet de relevés de faits concluants. On dit aussi qu'une constance qui favorise beaucoup sa production est *une ou plusieurs grossesses érieures* et le *rapprochement des sexes* (Lisfranc). Mais qui ne voit que, pour blir l'existence de ces causes, il faudrait pouvoir se fonder sur des chiffres extrêmement nombreux ? Qu'y a-t-il, en effet, de surprenant que la maladie se montre plus souvent dans les circonstances où presque toutes les femmes se trouvent cées ? Rien ne prouve mieux la légèreté avec laquelle ces questions ont été étu- es, que de semblables propositions dont la naïveté est presque incroyable. Sui- it Meckel, l'ovaire gauche serait plus fréquemment affecté que le droit ; mais il ulte d'un relevé de faits présentés par le docteur Bloff (1), que, dans 54 cas, aire droit a été affecté 31 fois et l'ovaire gauche 23 fois seulement. Sans doute erait bon d'avoir un plus grand nombre de faits ; mais ceux qu'a rassemblés Bloff démontrent que l'assertion de Meckel aurait besoin de preuves.

## 2° Causes occasionnelles.

Les *causes occasionnelles* sont, suivant les auteurs, les *violences extérieures*, *excès vénériens*, et tout ce qui peut occasionner l'*inflammation* des organes nitaux ; mais rien n'est moins prouvé que l'exactitude de ces assertions.

## 3° Conditions organiques.

L'opinion la plus générale est que les kystes de l'ovaire sont le résultat de la dis- sion et de la dégénération d'une ou de plusieurs *vésicules ovariques*. Suivant Alpech, et, après lui, M. Cruveilhier (2), certains kystes multiloculaires consti- eraient une forme de cancer à laquelle le dernier de ces auteurs, qui regarde flection comme une altération des extrémités veineuses, a donné le nom de *can- r aréolaire*.

## § III. — Lésions anatomiques (3).

Le tissu de l'ovaire est hypertrophié, dénaturé, le plus souvent endurci. Dans s cas de kyste uniloculaire volumineux, il peut avoir complètement disparu, et n ne trouve plus qu'une poche à parois minces et membraneuses. Dans les cas : kystes multiloculaires, ce tissu forme des cloisons incomplètes plus ou moins aisses ; et dans les cas de kystes multiples, le tissu altéré, parfois évidemment ncéreux, sépare les cavités par des cloisons complètes dont l'épaisseur est aussi ès variable.

Les cavités des kystes ont une capacité extrêmement variable ; on en a trouvé qui admettaient pas le petit doigt, et d'autres qui pouvaient contenir jusqu'à 50 kilo-

(1) *Journal l'Expérience*, t. I.

(2) *Anatomie pathologique du corps humain*, t. II, livr. XXV, *Maladies de l'ovaire*.

(3) Consultez, à ce sujet : *Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire*, par L.-J. Bauchet. *Mémoire de l'Acad. de médecine*. Paris, 1859, in-4°, t. XXIII, p. 19 et suiv.).

grammes de liquide, et plus encore. Les kystes uniloculaires sont en général les plus grands. Les parois des kystes sont ordinairement lisses à l'intérieur.

Ces poches contiennent une matière qui varie suivant les cas, sous tous les rapports. C'est un liquide transparent, blanc et coulant comme de l'eau ; une sérosité citrine ; un liquide lactescent ; ou bien un liquide épais, gélatineux, couleur de café ou de chocolat ; ou encore une matière demi-liquide semblable à du miel, à de la colle, à du suif, à de la graisse, etc. La quantité de cette matière est en rapport, non avec le volume de la tumeur, mais avec la capacité des kystes. On a extrait quelquefois, par la ponction, jusqu'à 50 et 60 kilogrammes de sérosité. Parfois ces kystes contiennent quelques gaz, ce qui est dû à la décomposition de la matière qu'ils renferment.

On trouve des adhérences de la tumeur avec les organes voisins, ainsi que les résultats de la compression des organes et des accidents précédemment mentionnés.

#### § IV. — Symptômes.

*Début.* — Le début des kystes de l'ovaire est toujours *latent*. Ce n'est que lorsque la tumeur a déjà acquis un volume assez considérable, qu'elle donne lieu à certains phénomènes et à certains signes qui en font reconnaître l'existence. Cette remarque prouve déjà combien on est peu fondé à attribuer la maladie à une inflammation, quelque faible qu'on la suppose ; car s'il en était ainsi, on la verrait, au moins quelquefois, occasionner des accidents assez notables dès son début.

*Symptômes.* — Il est rare que ces kystes des ovaires causent de la *douleur* ; cependant la chose n'est pas impossible. Nous avons vu une jeune femme qui, portant un kyste de l'ovaire droit, gros comme la tête d'un fœtus, éprouvait, dans la fosse iliaque et le flanc de ce côté, des douleurs extrêmement vives, qui toutefois n'étaient pas continues, et se dissipaient après deux ou trois jours de durée, pour se reproduire après un espace de temps plus ou moins considérable.

Ordinairement les malades n'éprouvent d'abord qu'un peu de *pesanteur* dans la région affectée, et souvent c'est par hasard qu'elles découvrent la tumeur qu'elles ont dans l'abdomen. Lorsque la tumeur devient très considérable, l'abdomen peut être un peu douloureux. Il est quelques sujets qui ont des tiraillements dans les lombes, les aines et les cuisses. S'il survient une inflammation dans la tumeur ou dans une partie voisine, la douleur est vive ; mais elle est due alors à un accident qui arrive assez rarement.

La *pression*, la *percussion*, les *grands mouvements* et la *fatigue* causent ordinairement un peu de douleur dans la région occupée par la tumeur, mais ce n'est presque toujours que lorsque celle-ci est assez volumineuse pour distendre l'abdomen.

La *palpation* exercée sur le ventre ne fournit quelques renseignements que lorsque la tumeur a acquis un certain volume. Alors on trouve cette tumeur de forme plus ou moins bien arrondie, et présentant des caractères différents suivant son volume. *Est-elle encore d'un volume médiocre*, ne dépasse-t-elle pas, par exemple, le volume de la tête d'un fœtus, on la sent très bien circonscrite dans un des *côtés de l'abdomen*, et la main, pressant fortement par son bord cubital sur la *paroi antérieure de cette cavité*, peut la saisir du côté de l'ombilic, où l'on trouve son

globuleux. Mais il ne faut pas se contenter de cette exploration, on doit suivre la tuméfaction jusque dans la fosse iliaque, où l'on peut s'assurer que se trouve sa racine, ce qui est très important pour le diagnostic. *Si, au contraire, la tumeur est d'un très grand volume*, si elle distend fortement la paroi abdominale, il est très difficile de la circonscrire ; cependant, avec un peu d'attention, on parvient, dans presque tous les cas, à trouver un côté de l'abdomen plus tendu, plus dur, plus résistant que l'autre, et à s'assurer qu'une des deux fosses iliaques est souple, tandis que l'autre, où la tumeur prend sa racine, est très résistante.

Au reste, la *percussion*, en pareil cas, vient en aide à la palpation. M. Rostau (1) a noté un signe important. Dans l'hydropisie de l'ovaire, en effet, les intestins sont refoulés du côté opposé à la tumeur, et donnent dans ce côté du ventre un son clair, tandis que le côté opposé est mat. Si l'on pratique la percussion avec soin, on trouve dans la fosse iliaque, où la tumeur a pris naissance, une matité marquée, tandis que la fosse iliaque du côté opposé est sonore ; puis, en cherchant la limite inférieure de la matité, on s'assure que la ligne qui la sépare du son clair des intestins est une ligne courbe dont la convexité est tournée en haut, et qui, venant se perdre dans le côté occupé par la tumeur, laisse l'autre libre dans une plus ou moins grande étendue. Lorsque la tumeur est excessivement considérable, ces signes sont moins faciles à reconnaître ; mais on s'assure alors que les intestins ont été refoulés vers un point latéral de l'abdomen, et de plus, en faisant varier la position de la malade, on ne voit pas survenir de changement de niveau du liquide, ce qu'il est toujours très important de constater.

Ces signes sont également beaucoup plus obscurs lorsque la maladie occupe les deux ovaires. Mais dans ces cas, qui ne sont pas les plus fréquents, à beaucoup plus, quoique la plupart des auteurs aient avancé que lorsque l'affection occupe les deux ovaires, elle ne tarde pas à envahir l'autre, la *palpation* et la *percussion* offrent d'autres ressources, car les deux tumeurs ne sont jamais d'égale volume, on constatant l'irrégularité très grande de la tuméfaction qu'elles occasionnent, on a un signe très important pour le diagnostic.

La simple *inspection* de l'abdomen est souvent très utile pour faire reconnaître la nature de la maladie. Le ventre est en effet fréquemment déformé, le côté occupé par la tumeur étant plus saillant que l'autre.

On a indiqué, comme pouvant être de quelque utilité, le *toucher vaginal*, et même encore le *toucher rectal*. Mais le premier sert uniquement à faire constater que la tuméfaction n'est pas due à l'augmentation de volume de l'utérus, et quant au second, nous n'avons pas trouvé de faits où il y ait été employé avec quelque utilité.

Les kystes des ovaires peuvent exister pendant de longues années et prendre un développement considérable sans qu'il en résulte aucune altération de la santé. Cependant, si l'on consulte les faits, on voit qu'il est assez ordinaire d'observer des troubles de la menstruation, et en particulier l'aménorrhée et la dysménorrhée. On a aussi cité un certain nombre de cas dans lesquels, à ces troubles de la menstruation, se joignaient, dans les premiers temps de la maladie, des signes de

(1) *Mémoire sur un moyen de distinguer l'hydrocèle enkystée de l'ascite* (Nouv. Journ. de Méd., t. III, et Traité du diagnostic).

## § XIX. — Symptômes.

Dans tous les cas cités, il y a eu une *douleur spontanée* assez vive, et surtout une *douleur violente sous la pression*; c'est au point qu'un atouchement un peu fort sur la région iliaque malade est tout à fait insupportable. La douleur spontanée peut s'irradier dans les lombes et même dans les cuisses; elle est parfois pulsative. Les mouvements du membre inférieur causent de la douleur dans la partie malade, et le membre reste immobile et à demi fléchi.

Une *tumeur*, dont les auteurs comparent généralement le volume à celui d'un œuf de poule, mais qui peut, comme nous l'avons vu, être plus considérable au commencement de la maladie, se montre dans une fosse iliaque, bien rarement dans les deux à la fois. La position de cette tumeur n'a pas été indiquée d'une manière bien précise par les auteurs. Dans les faits cités par M. Chereau, il est dit que la tumeur était *mobile*, et dans quelques-uns seulement, qu'elle pouvait être limitée de manière à faire reconnaître la forme de l'ovaire tuméfié. Voici ce que nous avons vu dans le cas soumis à notre observation. Les deux premiers jours, nous avons trouvé dans la fosse iliaque droite une tumeur qui avait 6 ou 7 centimètres de diamètre, et qui occupait cette région de manière qu'il n'y avait aucun intervalle entre elle et l'os iliaque correspondant. La tumeur était immobile, et nous crûmes à la formation d'un phlegmon de la fosse iliaque non encore suppuré; puis la tumeur se limita, un intervalle souple existait entre elle et l'os iliaque, et l'on sentait une dureté ovoïde parfaitement limitée. Les jours suivants, la tumeur diminua rapidement de volume, de sorte qu'en dix ou douze jours elle avait complètement disparu, sans évacuation d'aucune espèce. Dans une observation due à M. Harris de Louisville (1), il est dit que la tumeur était située au-dessous de la protubérance du sacrum, ce qui nous paraît difficile à comprendre.

Le *toucher par le rectum* peut être utile pour constater la position de la tumeur, mais nous ne trouvons pas de renseignements suffisants sur ce point.

La tumeur est *résistante*; elle donne un son mat à la *percussion*, qui doit être pratiquée légèrement dans les premiers temps, à cause de la douleur vive qu'elle occasionne.

Dans les cas où la maladie survient après les couches, les symptômes locaux sont les mêmes d'abord; il n'y a, en effet, rien de particulier sous ce rapport, qui se terminaison par suppuration dans certains cas.

Les autres symptômes locaux signalés par quelques auteurs étaient dus à des lésions des organes voisins, et appartenaient par conséquent à des complications dont nous ne devons pas nous occuper ici.

Les *symptômes généraux* sont très variables suivant les cas. Si la maladie survient spontanément, elle peut ne déterminer qu'un simple malaise et un peu de fièvre insignifiante. Dans les cas où elle vient pendant une grossesse difficile, il y a les signes de la *dysménorrhée*, et de plus un malaise assez prononcé. C'est ce qui avait lieu chez les malades observées par nous. La fièvre, avec *brisement des membres*, *céphalalgie*, *soif*, etc., accompagnait les ovarites survenues à l'occasion d'une grossesse difficile.

(1) *The American Journ. of Obstetrics*.

ait que l'ovarite qui se manifeste pendant les couches détermine un mou-  
fébrile semblable à celui que produit la métrite. Dans tous ces cas, une  
tion opiniâtre peut être le résultat de la compression exercée sur l'intestin  
meur, lorsqu'elle est considérable.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est continue. Sa durée est d'un ou deux septénaires  
elle se termine par résolution; dans le cas contraire, il se forme un abcès,  
ce nous occuperons plus loin. La terminaison par abcès qui n'a jamais eu  
dans les cas d'ovarite idiopathique, ne serait pas, suivant quelques auteurs, la  
à redouter, et l'on aurait encore à craindre de voir l'ovaire se gangrener;  
on n'a pas cité de cas d'ovarite simple se terminant ainsi.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Le principal qui sert à faire distinguer cette affection, avant la suppuration,  
phlegmon de la fosse iliaque, est la forme de la tumeur, qui est ovoïde et  
dure; mais ce signe ne se montre pas toujours. Le signe consistant dans un  
écartement de la tumeur et l'os iliaque est très important. On ne l'observe ja-  
mais dans les abcès; cet intervalle n'a été sensible qu'au bout de quelques jours.  
Mais toujours ainsi, il nous paraîtrait bien difficile de distinguer, avant  
la suppuration, l'ovarite du phlegmon de la fosse iliaque. Il ne faudra pas oublier  
l'inspection rectale, qui peut faire apprécier la forme de la tumeur, alors qu'elle  
est facilement perçue à travers la paroi abdominale.

Le pronostic est peu grave lorsque l'affection s'est développée hors de l'époque  
des couches. Dans le cas contraire, on a à redouter la suppuration, dont nous ferons  
plus loin le danger.

§ VI. — Traitement.

On a employé des sangsues en plus ou moins grand nombre, suivant la force des  
malades et surtout suivant l'intensité des phénomènes locaux et généraux; les  
saignées, quelques narcotiques; la diète, le repos; des purgatifs pour combattre  
la constipation: tels sont les seuls moyens qu'on ait eu en usage, et  
qui se sont montrés suffisants dans les cas d'ovarite simple. On a cependant, si la résolu-  
tion n'a pas eu lieu, dû attendre, d'avoir recours aux frictions mercurielles, aux cautérisa-  
tions, aux fondants, etc.; mais nous n'avons pas de bonnes observations qui  
nous permettent de connaître les cas de ce genre.



attribue pour *symptômes* une douleur sourde, avec tuméfaction plus ou moins considérable d'un ovaire ou des deux à la fois.

## ARTICLE II.

### KYSTES DES OVAIRES. HYDROPIE ENKYSTÉE.

Les divers kystes des ovaires doivent être rangés parmi les maladies qui intéressent plus la chirurgie que la médecine. Nous ne mentionnerons dans cet article que ce qui rentre plus spécialement dans notre sujet.

#### 1° KYSTES PILEUX.

Ces tumeurs n'ont pas d'intérêt pratique réel ; elles n'acquièrent, en effet, quelque importance que lorsqu'elles s'enflamment, et alors il en résulte des abcès qui réclament l'intervention de la chirurgie (1).

Ces kystes sont divisés en trois ordres par M. Velpeau (2), qui en a tracé une histoire intéressante. Dans le premier il range ceux qui paraissent dépendre de la même cause qui a produit l'organisme qui les contient ; dans le second se rangent ceux qui sont le produit d'une fécondation incomplète ; et dans le troisième se classent ceux dans lesquels les productions morbides (graisse, poils, dents) paraissent des productions du sac qui les renferme.

Les produits qu'on rencontre dans ces kystes sont, dans l'ordre de fréquence : des poils, des dents, de la graisse qui les enveloppe, des fragments d'os, des lambeaux ayant l'aspect du tissu musculaire, de la peau, etc.

Ces kystes forment des tumeurs *indolentes*, à moins d'accidents particuliers, occupant une étendue assez considérable de la partie inférieure de l'abdomen, offrant une dureté assez grande, mais ordinairement différente dans les divers points, donnant un son mat à la percussion, et ayant leur racine dans une des fosses iliaques.

Les femmes n'en éprouvent ordinairement aucune incommodité ; mais ces tumeurs peuvent s'enflammer, et de là des abcès qui se sont vidés au dehors, dans l'intestin, dans le vagin, etc. Les débris de matière organisée qui s'échappent alors font reconnaître la nature de la tumeur.

#### 2° KYSTES SÉREUX, OU HYDROPIE ENKYSTÉE.

##### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *kystes de l'ovaire*, ou *hydropisie enkystée*, à une affection dans laquelle cet organe renferme, dans une ou plusieurs poches dont il est creusé, un liquide quelconque. Cette définition prouve déjà qu'il ne s'agit pas ici d'une hydropisie ordinaire ; car le liquide contenu dans les kystes n'est pas, à beaucoup près, toujours séreux.

L'hydropisie de l'ovaire n'est pas une maladie rare, sans toutefois pouvoir être rangée parmi les affections chroniques qu'on rencontre fréquemment.

(1) Voyez Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, XVIII<sup>e</sup> livraison, in-folio pl. color.

(2) *Dictionnaire de médecine*, t. XXII, p. 581.

## § II. — Causes.

## 1° Causes prédisposantes.

Parmi les *causes prédisposantes*, on a rangé l'âge de vingt à quarante-cinq ans ; mais nous n'avons pas à ce sujet de relevés de faits concluants. On dit aussi qu'une circonstance qui favorise beaucoup sa production est *une ou plusieurs grossesses antérieures* et le *rapprochement des sexes* (Lisfranc). Mais qui ne voit que, pour établir l'existence de ces causes, il faudrait pouvoir se fonder sur des chiffres extrêmement nombreux ? Qu'y a-t-il, en effet, de surprenant que la maladie se montre le plus souvent dans les circonstances où presque toutes les femmes se trouvent placées ? Rien ne prouve mieux la légèreté avec laquelle ces questions ont été étudiées, que de semblables propositions dont la naïveté est presque incroyable. Suivant Meckel, l'ovaire gauche serait plus fréquemment affecté que le droit ; mais il résulte d'un relevé de faits présentés par le docteur Bloff (1), que, dans 54 cas, l'ovaire droit a été affecté 31 fois et l'ovaire gauche 23 fois seulement. Sans doute il serait bon d'avoir un plus grand nombre de faits ; mais ceux qu'a rassemblés M. Bloff démontrent que l'assertion de Meckel aurait besoin de preuves.

## 2° Causes occasionnelles.

Les *causes occasionnelles* sont, suivant les auteurs, les *violences extérieures*, les *excès vénériens*, et tout ce qui peut occasionner l'*inflammation* des organes génitaux ; mais rien n'est moins prouvé que l'exactitude de ces assertions.

## 3° Conditions organiques.

L'opinion la plus générale est que les kystes de l'ovaire sont le résultat de la distension et de la dégénération d'une ou de plusieurs *vésicules ovariques*. Suivant Delpech, et, après lui, M. Cruveilhier (2), certains kystes multiloculaires constitueraient une forme de cancer à laquelle le dernier de ces auteurs, qui regarde l'affection comme une altération des extrémités veineuses, a donné le nom de *cancer aréolaire*.

## § III. — Lésions anatomiques (3).

Le tissu de l'ovaire est hypertrophié, dénaturé, le plus souvent endurci. Dans les cas de kyste uniloculaire volumineux, il peut avoir complètement disparu, et l'on ne trouve plus qu'une poche à parois minces et membraneuses. Dans les cas de kystes multiloculaires, ce tissu forme des cloisons incomplètes plus ou moins épaisses ; et dans les cas de kystes multiples, le tissu altéré, parfois évidemment cancéreux, sépare les cavités par des cloisons complètes dont l'épaisseur est aussi très variable.

Les cavités des kystes ont une capacité extrêmement variable ; on en a trouvé qui n'admettaient pas le petit doigt, et d'autres qui pouvaient contenir jusqu'à 50 kilo-

(1) Journal l'Expérience, t. I.

(2) Anatomie pathologique du corps humain, t. II, livr. XXV, Maladies de l'ovaire.

(3) Consultez, à ce sujet : Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire, par L.-J. Baucher (Mémoire de l'Acad. de médecine, Paris, 1859, in-4°, t. XXIII, p. 19 et suiv.).

grammes de liquide, et plus encore. Les kystes uniloculaires sont en général les plus grands. Les parois des kystes sont ordinairement lisses à l'intérieur.

Ces poches contiennent une matière qui varie suivant les cas, sous tous les rapports. C'est un liquide transparent, blanc et coulant comme de l'eau ; une sérosité citrine ; un liquide lactescent ; ou bien un liquide épais, gélatineux, couleur de café ou de chocolat ; ou encore une matière demi-liquide semblable à du miel, à de la colle, à du suif, à de la graisse, etc. La quantité de cette matière est en rapport, non avec le volume de la tumeur, mais avec la capacité des kystes. On a extrait quelquefois, par la ponction, jusqu'à 50 et 60 kilogrammes de sérosité. Parfois ces kystes contiennent quelques gaz, ce qui est dû à la décomposition de la matière qu'ils renferment.

On trouve des adhérences de la tumeur avec les organes voisins, ainsi que les résultats de la compression des organes et des accidents précédemment mentionnés.

#### § IV. — Symptômes.

*Début.* — Le début des kystes de l'ovaire est toujours *latent*. Ce n'est que lorsque la tumeur a déjà acquis un volume assez considérable, qu'elle donne lieu à certains phénomènes et à certains signes qui en font reconnaître l'existence. Cette remarque prouve déjà combien on est peu fondé à attribuer la maladie à une inflammation, quelque faible qu'on la suppose ; car s'il en était ainsi, on la verrait, au moins quelquefois, occasionner des accidents assez notables dès son début.

*Symptômes.* — Il est rare que ces kystes des ovaires causent de la *douleur* : cependant la chose n'est pas impossible. Nous avons vu une jeune femme qui, portant un kyste de l'ovaire droit, gros comme la tête d'un fœtus, éprouvait, dans la fosse iliaque et le flanc de ce côté, des douleurs extrêmement vives, qui toutefois n'étaient pas continues, et se dissipaient après deux ou trois jours de durée, pour se reproduire après un espace de temps plus ou moins considérable.

Ordinairement les malades n'éprouvent d'abord qu'un peu de *pesanteur* dans la région affectée, et souvent c'est par hasard qu'elles découvrent la tumeur qu'elles ont dans l'abdomen. Lorsque la tumeur devient très considérable, l'abdomen peut être un peu douloureux. Il est quelques sujets qui ont des tiraillements dans les lombes, les aines et les cuisses. S'il survient une inflammation dans la tumeur ou dans une partie voisine, la douleur est vive ; mais elle est due alors à un accident qui arrive assez rarement.

La *pression*, la *percussion*, les *grands mouvements* et la *fatigue* causent ordinairement un peu de douleur dans la région occupée par la tumeur, mais ce n'est presque toujours que lorsque celle-ci est assez volumineuse pour distendre l'abdomen.

La *palpation* exercée sur le ventre ne fournit quelques renseignements que lorsque la tumeur a acquis un certain volume. Alors on trouve cette tumeur de forme plus ou moins bien arrondie, et présentant des caractères différents suivant son volume. *Est-elle encore d'un volume médiocre*, ne dépasse-t-elle pas, par exemple, le volume de la tête d'un fœtus, on la sent très bien circonscrite dans un des *côtés de l'abdomen*, et la main, pressant fortement par son bord cubital sur la *paroi antérieure de cette cavité*, peut la saisir du côté de l'ombilic, où l'on trouve son

d globuleux. Mais il ne faut pas se contenter de cette exploration, on doit suivre la tuméfaction jusque dans la fosse iliaque, où l'on peut s'assurer que se trouve sa racine, ce qui est très important pour le diagnostic. *Si, au contraire, la tumeur d'un très grand volume*, si elle distend fortement la paroi abdominale, il est très difficile de la circonscrire; cependant, avec un peu d'attention, on parvient, dans presque tous les cas, à trouver un côté de l'abdomen plus tendu, plus dur, plus résistant que l'autre, et à s'assurer qu'une des deux fosses iliaques est souple, tandis que l'autre, où la tumeur prend sa racine, est très résistante.

Au reste, la *percussion*, en pareil cas, vient en aide à la palpation. M. Rostan (1) a noté un signe important. Dans l'hydropisie de l'ovaire, en effet, les intestins sont refoulés du côté opposé à la tumeur, et donnent dans ce côté du ventre un son clair, tandis que le côté opposé est mat. Si l'on pratique la percussion avec soin, on trouve dans la fosse iliaque, où la tumeur a pris naissance, une matité marquée, tandis que la fosse iliaque du côté opposé est sonore; puis, en cherchant la limite inférieure de la matité, on s'assure que la ligne qui la sépare du son clair des intestins est une ligne courbe dont la convexité est tournée en haut, et qui, venant à disparaître dans le côté occupé par la tumeur, laisse l'autre libre dans une plus ou moins grande étendue. Lorsque la tumeur est excessivement considérable, ces signes sont moins faciles à reconnaître; mais on s'assure alors que les intestins sont refoulés vers un point latéral de l'abdomen, et de plus, en faisant varier la position de la malade, on ne voit pas survenir de changement de niveau du liquide, ce qui est toujours très important de constater.

Les signes sont également beaucoup plus obscurs lorsque la maladie occupe les deux ovaires. Mais dans ces cas, qui ne sont pas les plus fréquents, à beaucoup plus, quoique la plupart des auteurs aient avancé que lorsque l'affection occupe les deux ovaires, elle ne tarde pas à envahir l'autre, la *palpation* et la *percussion* fournissent d'autres ressources, car les deux tumeurs ne sont jamais d'égal volume, et on constatant l'irrégularité très grande de la tuméfaction qu'elles occasionnent, on a un signe très important pour le diagnostic.

La simple *inspection* de l'abdomen est souvent très utile pour faire reconnaître la nature de la maladie. Le ventre est en effet fréquemment déformé, le côté occupé par la tumeur étant plus saillant que l'autre.

On a indiqué, comme pouvant être de quelque utilité, le *toucher vaginal*, et on a encore le *toucher rectal*. Mais le premier sert uniquement à faire constater que la tuméfaction n'est pas due à l'augmentation de volume de l'utérus, et quant au second, nous n'avons pas trouvé de faits où il y ait été employé avec quelque utilité.

Les kystes des ovaires peuvent exister pendant de longues années et prendre un accroissement considérable sans qu'il en résulte aucune altération de la santé. Cependant, si l'on consulte les faits, on voit qu'il est assez ordinaire d'observer des troubles de la menstruation, et en particulier l'aménorrhée et la dysménorrhée.

On a aussi cité un certain nombre de cas dans lesquels, à ces troubles de la menstruation, se joignaient, dans les premiers temps de la maladie, des signes de

(1) *Mémoire sur un moyen de distinguer l'hydrocèle enkystée de l'ascite* (Nouv. Journ. de Méd., t. III, et *Traité du diagnostic*).

*grossesse* qui faisaient croire à une véritable conception : ainsi des *altérations de l'appétit*, des *vomissements*, le *gonflement des seins*. Mais ces signes se dissipent au bout de peu de temps dans la grande majorité des cas, et le développement de la tumeur n'étant pas régulier comme celui de la matrice dans la grossesse, l'erreur est ordinairement assez promptement dissipée. Nous verrons cependant, en parlant du diagnostic, qu'il est des cas où l'on a pu se tromper complètement.

La compression qu'exerce la tumeur sur l'intestin, surtout lorsqu'elle est située à gauche, produit ordinairement une *constipation* opiniâtre. Parfois aussi, par son action sur la vessie, elle détermine de fréquentes envies d'uriner et même la *dysurie*.

Ces symptômes sont ceux que l'on observe lorsque la tumeur ovarique n'a qu'un développement médiocre ; mais si son volume est assez considérable pour que l'abdomen soit considérablement distendu, on en observe d'autres qui sont dus à la compression des divers organes. Les intestins étant refoulés, l'estomac ne pouvant se dilater, il en résulte des *troubles marqués de la digestion*. Le refoulement des viscères abdominaux se fait sentir sur le diaphragme, qui ne se contracte que très incomplètement ; les poumons ne peuvent plus se dilater suffisamment, et de là la *gêne de la respiration* et de la *circulation* qu'on voit survenir à cette époque. Les conséquences de ces troubles de fonctions si importantes sont faciles à prévoir. Les malades languissent, pâlissent, deviennent d'une grande maigreur, jusqu'à ce qu'enfin elles succombent dans un état d'asphyxie, d'anémie et de fièvre lente tout à la fois.

Un symptôme qu'il ne faut pas oublier, et qui s'observe lorsque la tumeur a un volume un peu considérable, est un *bruit de souffle* qui se produit à chaque pulsation artérielle, et qui a été noté dans un certain nombre de cas. Il est important pour le diagnostic d'avoir présente à l'esprit la possibilité de ce symptôme.

La compression exercée par la tumeur sur les grosses veines du bassin peut aussi donner lieu à un *œdème des extrémités*, à la *phlébite*, et à la *phlegmatia alba dolens*.

Enfin de *vives douleurs de nature névralgique* sont parfois le résultat de la compression des rameaux qui vont former le grand nerf sciatique.

Après avoir exposé les symptômes communs aux diverses espèces de tumeurs, voyons ce qu'elles présentent de particulier suivant leur forme.

**Kystes uniloculaires.** — Dans les kystes uniloculaires, la tumeur est beaucoup moins irrégulière, et le plus souvent même elle est globuleuse. Lorsque ces kystes ont acquis un très grand développement, l'abdomen peut être uniformément distendu, et les signes que la tumeur présente peuvent ressembler beaucoup à ceux de l'ascite, avec accumulation très abondante de liquide.

Ainsi on peut y percevoir la *fluctuation*. Ce signe est très sensible quand le liquide contenu dans le kyste est purement séreux. Lorsque ce liquide est épais, la fluctuation est d'autant plus obscure que la matière a plus de densité, et souvent on ne sent, en plaçant une main sur un point, et en percutant vivement avec les doigts de l'autre main, qu'un tremblement semblable à celui que produirait une vessie pleine d'une substance gélatineuse.

Les kystes uniloculaires sont ceux qui, en général, acquièrent le plus grand développement.

*Kystes multiples.* — Ces kystes sont remarquables par les inégalités qu'on sent dans la tumeur ; or, comme il est ordinaire que le liquide contenu dans chacun d'eux ait une densité différente, et que leurs parois aient une résistance, et surtout une épaisseur variable, il en résulte qu'ici on sent une bosselure dure, résistante ; là, une autre élastique ; là, une troisième plus molle, et ainsi de suite, et que ces bosselures sont séparées par des intervalles d'une étendue très variable et d'une dureté plus grande que celle qu'elles peuvent présenter elles-mêmes. Si un de ces kystes a une capacité considérable, et si le liquide qu'il contient est peu dense, on peut sentir, dans ce point, une fluctuation qu'on ne retrouve pas dans les autres.

*Kystes multiloculaires.* — La tumeur présente des bosselures semblables à celles qui viennent d'être indiquées ; mais les cavités communiquant les unes avec les autres, on n'observe pas toutes les différences qu'offrent les kystes multiples.

Les *kystes aréolaires* n'ont rien de particulier sous le rapport qui nous occupe.

Enfin, lorsque les tumeurs présentent tout à la fois des kystes uniloculaires, multiloculaires et multiples, ce qui n'est pas très rare, les divers caractères qui viennent d'être signalés se trouvent réunis en elles.

#### § V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est ordinairement lente et continue. Dans quelques cas, on a vu la tumeur acquérir un volume très considérable en peu de mois, mais ces cas sont extrêmement rares. Presque toujours il faut des années pour que l'abdomen soit considérablement distendu par le kyste. Quelquefois, après avoir fait des progrès rapides, la tumeur reste stationnaire, et parfois pendant des années entières, jusqu'à ce que, sans qu'on puisse en deviner la cause, une nouvelle impulsion soit donnée à son accroissement.

La *durée* est ordinairement très longue. On a vu des sujets porter pendant trente et quarante ans des tumeurs ovariques, sans en éprouver de grandes incommodités lorsque leur volume n'était pas très considérable.

Nous avons vu plus haut que la maladie pouvait se *terminer* par la mort. Cette terminaison est occasionnée soit par le développement démesuré de la tumeur, d'où résultent les accidents mentionnés plus haut ; soit, ce qui est plus rare, par une inflammation développée spontanément, ou par une rupture du kyste dans l'abdomen ; soit enfin à la suite d'une des opérations dont nous parlerons plus loin. La rupture du kyste dans le péritoine n'est cependant pas aussi fâcheuse qu'on pourrait le croire, ainsi qu'on peut le voir dans les faits cités par MM. Bonfils (1) et Camus (2). On a vu des kystes s'ouvrir dans l'intestin et dans d'autres organes.

Une observation (3) empruntée au *Northerly Journal* nous offre un exemple bien rare de la guérison de cette affection par l'*ouverture du kyste dans la vessie*. Les seuls symptômes signalés dans l'observation sont l'abondance, la couleur ambrée,

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1843, t. IX, p. 192.

(2) *Revue médicale*, 1844.

(3) *Bulletin de thérapeutique*, t. XXXVI, p. 235, 15 mars 1849.



la viscosité de l'urine, et le pus contenu dans ce liquide ; tous ces caractères étaient dus évidemment au mélange du liquide versé par le kyste avec l'urine renfermée dans la vessie.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Au début, le *diagnostic* des kystes de l'ovaire est des plus obscurs. Lorsque la tumeur n'a pas acquis un certain volume, il est difficile, et souvent même impossible de l'atteindre à travers les parois de l'abdomen ; et quant au toucher rectal, nous avons vu plus haut qu'il ne donne que des résultats très peu satisfaisants. Mais il est bien rare qu'à cette époque on ait à porter ce diagnostic. C'est seulement lorsque la tumeur est bien apparente qu'on est appelé près de la malade.

Nous avons dit que, dans certains cas, les femmes se croyaient grosses. Les médecins ont quelquefois partagé cette méprise. Voici à quels signes on distinguera la *grossesse utérine* d'un kyste de l'ovaire. Dans la grossesse, la tumeur, globuleuse, prend sa racine derrière les pubis ; aussi, tandis que dans l'hypogastre on obtient par la percussion un son mat, les fosses iliaques (l'intestin étant préalablement vidé) donnent un son clair plus ou moins prononcé ; dans le kyste ovarique, au contraire, et c'est là un point capital sur lequel on n'a pas suffisamment insisté, il y a une matité très prononcée dans la fosse iliaque où la tumeur prend sa racine, tandis que l'autre est sonore dans toute son étendue. La tumeur ovarique se développe presque toujours avec une lenteur incompatible avec l'idée d'une grossesse ; elle occupe un des côtés du ventre, tandis que l'utérus, après la conception, s'élève régulièrement en suivant la ligne médiane. Enfin la tumeur ovarique est ordinairement bosselée, ce qu'on n'observe pas dans l'utérus distendu par le produit de la conception, et de plus par le *toucher vaginal* on constate l'état normal du col et du corps de l'utérus qui sont développés dans la grossesse.

A une époque avancée de la grossesse surviennent les doubles battements du cœur du fœtus et le souffle placentaire. Les premiers lèvent tous les doutes ; il n'en est pas de même du souffle appelé placentaire. Nous avons vu, en effet, qu'un bruit de souffle très distinct peut résulter de la compression d'un gros tronc artériel par la tumeur. Une méprise de ce genre a été signalée par M. Bricheteau (1) : un bruit de souffle avait fait croire à une *grossesse, ovarique* ; il est vrai, car on connaissait le siège du mal ; on voulut opérer, et la malade succomba au bout de six jours. Le même signe pourrait faire croire à une grossesse utérine. Suivant M. Depaul, on évitera la méprise, si l'on se rappelle que le bruit de souffle, dans la grossesse, n'est pas accompagné d'un battement, d'une impulsion comme le bruit de souffle artériel.

Enfin, plus tard, dans la grossesse, surviennent les mouvements du fœtus, qui ne laissent plus aucun doute.

Une *grossesse tubaire* ou *ovarique* serait bien plus facilement encore confondue avec un kyste de l'ovaire. Les circonstances dans lesquelles la tumeur s'est produite, et aussi les signes que donne un fœtus vivant, seront, à une époque un peu avancée, utiles pour ce diagnostic, que le médecin n'est heureusement pas appelé à porter souvent. Dans les premiers temps, il est toujours bien difficile de se prononcer.

(1) *Clinique de l'hôpital Necker.*

Lorsque le kyste est uniloculaire, ou bien lorsqu'un des kystes multiples s'est considérablement développé, et lorsque la tumeur, pleine d'un liquide assez coulant, distend beaucoup l'abdomen, l'hydropisie enkystée de l'ovaire peut être confondue avec l'ascite, et les exemples ne sont pas très rares d'une pareille confusion. Nous avons exposé ailleurs (1) les signes à l'aide desquels on distingue ces deux affections. Il suffira de les rappeler dans le *tableau synoptique*.

Mais il peut exister à la fois une ascite et une hydropisie enkystée de l'ovaire : le diagnostic, en pareil cas, est un peu plus difficile ; cependant on peut arriver à l'établir en pressant vivement la paroi abdominale de manière à déplacer le liquide péritonéal ; on arrive par ce moyen à toucher la tumeur, qui offre une résistance beaucoup plus grande que celle qui est produite par le liquide de l'ascite.

Quant aux tumeurs inflammatoires des fosses iliaques, il est bien rare qu'on puisse les prendre pour des kystes ; cependant nous aurons à dire quelques mots sur ce point dans l'article suivant.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° Signes distinctifs des kystes de l'ovaire et de la grossesse utérine.

KYSTE DE L'OVAIRE.

Matité dans une des fosses iliaques ; sonorité dans l'autre.

Se développe avec plus de lenteur.

Tumeur occupant un des côtés du ventre.

Parfois bosselée.

Par le toucher vaginal, on constate l'état normal du col et du corps.

Plus rarement, bruit de souffle avec battement.

Rien de semblable.

Point de mouvement.

GROSSESSE UTÉRINE.

Sonorité dans les deux fosses iliaques.

Développement plus rapide.

Tumeur occupant la partie moyenne du ventre.

Globuleuse.

Au toucher vaginal, augmentation de volume du col et du corps.

Bruit de souffle connu sous le nom de bruit placentaire, sans battement.

A une certaine époque, doubles battements du cœur du fœtus.

Mouvements du fœtus.

2° Signes distinctifs de l'hydropisie enkystée des ovaires et de l'hydropisie ascite.

HYDROPIE ENKYSTÉE DE L'OVAIRE.

Abdomen quelquefois irrégulier, généralement globuleux.

Son clair dans le côté du ventre opposé à celui de l'ovaire malade.

Matité plus considérable, à peu près égale dans toute l'étendue du kyste.

Point de changement de rapports entre la matité et la sonorité dans les changements de position.

Fluctuation généralement moins facile.

ASCITE.

Abdomen plus ou moins aplati.

Son clair dans un espace compris entre l'épigastre et une ligne contournant l'ombilic.

Matité d'autant plus grande qu'on s'éloigne davantage de cet espace, et qu'on s'approche des parties déclives.

Changements de rapports de la sonorité et de la matité, quand on fait changer la position de la malade.

Fluctuation généralement plus facile.

(1) Voyez article *Ascite*, t. IV, p. 181.

**Pronostic.** — Le pronostic des kystes de l'ovaire est en général grave. Il est rare qu'à une certaine époque l'affection ne finisse pas par déterminer des accidents sérieux, et, au bout d'un temps très variable, elle devient mortelle dans le plus grand nombre des cas; seulement on peut dire d'une manière générale que la terminaison funeste n'arrive qu'après un temps fort long.

### § VII. — Traitement.

La guérison par les médications internes est au moins très difficile à obtenir. M. Velpeau n'hésite pas même à poser en question l'existence d'un seul succès avéré. Il nous suffira, par conséquent, de mentionner très rapidement les moyens qui constituent la médication interne, et qui ne diffèrent pas, comme on va le voir, de ceux qu'on oppose aux hydropisies et aux engorgements des divers organes.

**1° Médication interne.** — On recommande les *antiphlogistiques*, et surtout la *saignée locale*, lorsque l'affection paraît avoir été occasionnée par une violence extérieure, et surtout au début de la maladie; mais, dans le paragraphe consacré à l'étiologie, nous avons dit combien l'existence d'une pareille cause est hypothétique.

Si l'on pouvait penser qu'une suppression des règles a produit cette affection, on aurait recours aux moyens indiqués dans un autre article (1), et qui sont destinés à rappeler les menstrues.

Ensuite on a, dit M. Velpeau, « tenté successivement l'administration des *stomatiques*, des *mercuriaux*, des *purgatifs hydragogues*. Les préparations d'or, de plomb, d'iode, etc.; les eaux minérales, les applications locales de nature variée ont encore été employées... Nous ne ferons que mentionner pour mémoire la *compression*, que l'on a proposée, il n'y a pas longtemps, dans le but de faire disparaître les hydropisies enkystées de l'ovaire. Cette méthode, ainsi appliquée, ne compte pas encore des résultats que l'on puisse invoquer en sa faveur. »

**2° Moyens chirurgicaux. 1° Ponction.** — La ponction n'est qu'un moyen palliatif. Elle ne doit être pratiquée que lorsque la fluctuation est sentie de manière à faire croire qu'il n'y a qu'un seul kyste, ou du moins qu'il en existe un beaucoup plus considérable que les autres et qui cause tous les accidents. On pratique ordinairement la ponction sur la partie antérieure de la tumeur. La percussion doit être employée pour s'assurer qu'une matité complète existe dans le point que l'on veut ponctionner, et qu'il n'y a pas de danger d'intéresser un autre organe que l'ovaire malade.

Après la ponction, le kyste se remplit de nouveau, et souvent avec une grande rapidité. On a cité des cas où cette opération a été renouvelée jusqu'à quatre-vingts fois et plus.

La ponction n'est pas toujours sans danger. Elle a produit parfois un *épanchement péritonéal*, suivi de péritonite suraiguë promptement mortelle; d'autres fois il y a eu une *hémorrhagie interne* qui a emporté la malade; quelquefois enfin la mort est survenue peu de jours après une ponction, par suite d'une inflammation du kyste. Lorsque la matière contenue est trop épaisse, la ponction du kyste est pratiquée inutilement.

(1) Voyez *Aménorrhée*, l. V, p. 158.

La ponction par le vagin a été quelquefois pratiquée. Elle est beaucoup plus dangereuse ; et, d'après le cas que nous connaissons, on doit y renoncer, à moins de circonstances toutes particulières.

2° *Ponction et injections.* — On trouve dans les auteurs plusieurs exemples d'injections pratiquées avec divers liquides (*gros vin, eau aiguisée avec de l'alcool*, etc.), après avoir vidé le kyste à l'aide d'une ponction. On a proposé, dans ces derniers temps, les *injections iodées*. Il faut dire, avec Lisfranc, que, dans les faits rapportés, lors de la discussion, à l'Académie de médecine (1), sur ce sujet, il se trouve beaucoup de revers et peu de succès. Or, comme dans les cas où ces opérations sont pratiquées, la maladie ne menace pas actuellement les jours de la malade, et que le traitement palliatif suffit pour la faire vivre, sans trop d'inconvénients, pendant plusieurs années, un médecin prudent doit, jusqu'à ce que les faits encourageants s'accumulent, redouter cette opération. M. le docteur Alison (2) a obtenu une guérison d'un kyste de l'ovaire par les *injections iodées*. Ce cas est surtout remarquable en ce que l'incision et l'introduction d'une tente ayant été pratiquées, il survenait du marasme et la fièvre hectique, et que dès qu'on employa les injections iodées, il y eut une amélioration rapide qui ne se démentit pas jusqu'à la guérison. Dans ces derniers temps, M. Boinet a également cité des faits qui tendent à remettre en honneur ces injections, et dont quelques-uns sont très remarquables.

[ Depuis l'époque où les lignes précédentes ont été écrites, un grand nombre de faits ont été recueillis, et il n'est pas douteux que l'on ait obtenu, par la teinture d'iode, de remarquables succès, sans aucun des accidents graves que l'on pouvait redouter. Et en effet, il faut se rappeler que M. Velpeau (3) avait déjà fait remarquer l'innocuité de la teinture d'iode ; car, dit cet auteur, elle expose moins que tout autre liquide à l'inflammation purulente, et, infiltrée dans le tissu cellulaire, elle ne peut pas amener d'inflammation gangréneuse.

Toutefois, pour manier sans danger et avec succès cet agent énergique, il convient de distinguer les cas, et de n'agir que dans certaines circonstances.

M. Rouyer (4) a, d'après M. Nélaton, posé à ce sujet des conclusions d'une grande importance.

Selon M. Rouyer, il convient d'abord de distinguer les kystes multiloculaires des kystes uniloculaires : dans les premiers, en effet, il faut plusieurs ponctions successives pour vider autant de poches distinctes ; et, d'un autre côté, comme le contenu de chacune d'elles peut varier, on n'est pas certain d'obtenir dans toutes les bons effets que la teinture d'iode peut produire dans quelques-unes seulement ; enfin, il reste toujours quelques petits kystes que l'injection n'atteint pas, et qui seront l'origine de la reproduction du mal. Il y a donc bien plus de probabilités de succès lorsque l'on a à traiter un kyste uniloculaire, et c'est à ceux-là surtout que conviennent les injections iodées.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1846, t. XI, p. 289 et suiv.

(2) *Philadelph. Examiner*, et *Bulletin gén. de thérap.*, 30 janvier 1849.

(3) *Recherches sur les cavités closes (Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. VII, 1843).

(4) *Du traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées (Moniteur des hôpitaux*, 1856).

Mais dans les kystes uniloculaires même, on ne réussit ordinairement que lorsqu'ils contiennent un liquide purement séreux. M. Rouyer rapporte trois observations appartenant à M. le professeur Nélaton et concluantes à cet égard. Dans le premier cas, on retira dix-huit litres d'un liquide séreux, et comme l'ouverture du kyste avait été faite avec la potasse caustique, on put faire, tous les deux ou trois jours pendant six semaines, des injections iodées; le kyste se rétrécit graduellement, et la guérison fut définitive. Dans le second cas, on fit dans l'espace de trois mois quatre ponctions suivies chacune d'une injection iodée, et la malade guérit; près de deux ans après, elle ne présentait pas de récurrence. Dans le troisième cas une seule injection suffit.

Que si, au contraire, on a affaire à un kyste contenant un liquide visqueux, filant et latineux, non-seulement on n'obtient pas de guérison, mais encore l'injection iodée peut être nuisible. Voici en effet ce qui arriva dans le quatrième cas cité par M. Rouyer. « Une ponction fut faite et donna issue à dix-huit litres d'un liquide épais, visqueux. Des injections iodées furent faites dans la tumeur, mais ne donnèrent aucun résultat favorable. M. Nélaton, espérant favoriser leur action par des injections délayantes, des lavages réitérés de l'intérieur du kyste, eut recours à l'emploi de ce moyen, mais sans succès. Il varia alors la nature des injections irritantes; et, après la teinture d'iode, il fit pénétrer dans la poche kystique de l'alcool pur, de l'eau-de-vie camphrée, du vin de quinquina, du chlorure de soude, des solutions de sulfate de zinc, de nitrate d'argent, toujours sans succès. La santé s'altérait pendant toutes ces opérations; les fonctions digestives étaient troublées, la malade s'affaiblissait de plus en plus, et elle s'éteignit ainsi graduellement deux mois après le commencement du traitement... » Ce fait seul, ajoute M. Rouyer, ne suffirait pas pour qu'on pût, avec raison, poser la conclusion que nous avons citée précédemment; mais M. Nélaton a vu plusieurs fois encore, dans six cas semblables qu'il lui a été donné d'observer, la même série de phénomènes se produire et amener un résultat aussi funeste; aussi est-il arrivé naturellement à repousser l'emploi des injections iodées dans les cas de kystes ovariens contenant un liquide visqueux. »

Nous ajoutons, pour éviter des recherches aux praticiens, la formule de l'injection iodée employée par M. Nélaton :

℥ Teinture d'iode.....	250 grammes.
Eau.....	750 —
Iodure de potassium.....	8 —

Ce liquide, composé de trois quarts d'eau et d'un quart de teinture, doit être poussé lentement et mis en contact avec la plus grande partie de la surface du kyste par diverses positions données à la malade; le liquide doit être extrait en presque totalité, quoique le séjour dans la tumeur d'un peu de teinture d'iode soit sans danger.

Comme on ne saurait prendre trop de précautions avant d'appliquer ou en appliquant un traitement chirurgical aussi actif, nous indiquerons, encore d'après M. Rouyer, la conduite que M. Nélaton a adoptée dans le traitement des kystes ovariens uniloculaires :

« Étant donné un kyste, la nature du liquide contenu n'ayant pu être déterminée

l'avance (car ce point de diagnostic reste très souvent douteux, quelque soin qu'on apporte dans l'exploration), faire d'abord une ponction simple, afin de connaître le caractère du liquide, attendre dans tous les cas, pendant quelque temps, pour voir si la reproduction est plus ou moins rapide. Si le liquide du kyste est blanc, visqueux, se contenter de cette ponction simple, palliative, sauf à la renouveler, quand elle sera de nouveau nécessitée par le développement excessif du kyste. — Si le liquide est séreux et s'il se reproduit, pratiquer une seconde ponction que l'on fait suivre alors d'une injection iodée; si le liquide se reproduit de nouveau et que le kyste revienne à son premier volume, attendre encore assez longtemps, six mois environ et plus, si le kyste, ayant repris son premier volume, finit par rester stationnaire. — Si la reproduction était rapide, le kyste acquérant un volume excessif, le chirurgien ayant la main forcée, pour ainsi dire, devrait agir de nouveau. » ]

**1<sup>re</sup> Incision, extirpation.** — Nous réunissons à dessein ces deux opérations, parce que nous voulons nous borner ici à une appréciation rapide de leurs avantages et de leurs inconvénients, d'après les chirurgiens qui s'en sont le plus occupés, et surtout d'après M. Velpeau qui a étudié attentivement les faits. Il n'est pas douteux que par ces opérations on ne soit parvenu à guérir complètement plusieurs malades. Mais, d'un autre côté, il est, et sans doute nous sommes loin de connaître tous les faits malheureux, un assez bon nombre de sujets que l'opération a tués. En outre, l'extirpation de la tumeur offre souvent des difficultés imprévues; parfois même on ne réussit pas à trouver l'ovaire malade. En présence de ces faits, n'est aucun chirurgien qui ait osé poser en principe de pratiquer, soit l'incision, soit l'extirpation. Cependant il faut reconnaître que les cas de succès sont nombreux et méritent considération. M. le docteur A. Chereau (1) a réuni dans un mémoire intéressant tous les cas de guérison radicale obtenus par l'ovariotomie. Le résultat est, au premier abord, avantageux; car, sur 83 cas, il y a eu 42 guérisons radicales et 27 morts imputables à l'opération. Mais reste à savoir si dans ces 27 cas de mort il n'en est pas quelques-uns où l'on a abrégé de beaucoup une existence très supportable.

[M. Ch. Bernard, médecin des hôpitaux (2), a réuni et critiqué les statistiques d'ovariotomie publiées à l'étranger. Dans la plupart d'entre elles on est effrayé de la légèreté avec laquelle le diagnostic a été fait et le traitement appliqué: ainsi, par exemple, on voit dans la statistique de M. Phillips, que sur 81 cas, cinq fois, après l'ouverture de l'abdomen on ne trouva pas de kyste à extirper; heureusement les malades guérissent. Et, d'un autre côté, dans 15 cas, on ne put achever l'opération à cause des adhérences. Dans tous les cas le nombre des succès ne doit pas encourager beaucoup à cette opération, car s'il y a eu 35 guérisons sur 61 cas, il y a eu 26 décès, proportion d'autant plus effrayante, que les kystes de l'ovaire sont, dans tout, une affection pénible mais non dangereuse dans l'immense majorité des cas.]

1) *Union médicale*, 7 août 1847 et numéros suivants.

2) *Archives générales de médecine*, octobre 1856.



grammes de liquide, et plus encore. Les kystes uniloculaires sont en général les plus grands. Les parois des kystes sont ordinairement lisses à l'intérieur.

Ces poches contiennent une matière qui varie suivant les cas, sous tous les rapports. C'est un liquide transparent, blanc et coulant comme de l'eau ; une sérosité citrine ; un liquide lactescent ; ou bien un liquide épais, gélatineux, couleur de café ou de chocolat ; ou encore une matière demi-liquide semblable à du miel, à de la colle, à du suif, à de la graisse, etc. La quantité de cette matière est en rapport, non avec le volume de la tumeur, mais avec la capacité des kystes. On a extrait quelquefois, par la ponction, jusqu'à 50 et 60 kilogrammes de sérosité. Parfois ces kystes contiennent quelques gaz, ce qui est dû à la décomposition de la matière qu'ils renferment.

On trouve des adhérences de la tumeur avec les organes voisins, ainsi que les résultats de la compression des organes et des accidents précédemment mentionnés.

#### § IV. — Symptômes.

*Début.* — Le début des kystes de l'ovaire est toujours *latent*. Ce n'est que lorsque la tumeur a déjà acquis un volume assez considérable, qu'elle donne lieu à certains phénomènes et à certains signes qui en font reconnaître l'existence. Cette remarque prouve déjà combien on est peu fondé à attribuer la maladie à une inflammation, quelque faible qu'on la suppose ; car s'il en était ainsi, on la verrait, au moins quelquefois, occasionner des accidents assez notables dès son début.

*Symptômes.* — Il est rare que ces kystes des ovaires causent de la *douleur*, cependant la chose n'est pas impossible. Nous avons vu une jeune femme qui, portant un kyste de l'ovaire droit, gros comme la tête d'un fœtus, éprouvait, dans la fosse iliaque et le flanc de ce côté, des douleurs extrêmement vives, qui toutefois n'étaient pas continues, et se dissipaient après deux ou trois jours de durée, pour se reproduire après un espace de temps plus ou moins considérable.

Ordinairement les malades n'éprouvent d'abord qu'un peu de *pesanteur* dans la région affectée, et souvent c'est par hasard qu'elles découvrent la tumeur qu'elles ont dans l'abdomen. Lorsque la tumeur devient très considérable, l'abdomen peut être un peu douloureux. Il est quelques sujets qui ont des tiraillements dans les lombes, les aines et les cuisses. S'il survient une inflammation dans la tumeur ou dans une partie voisine, la douleur est vive ; mais elle est due alors à un accident qui arrive assez rarement.

La *pression*, la *percussion*, les *grands mouvements* et la *fatigue* causent ordinairement un peu de douleur dans la région occupée par la tumeur, mais ce n'est presque toujours que lorsque celle-ci est assez volumineuse pour distendre l'abdo-

min.

La *palpation* exercée sur le ventre ne fournit quelques renseignements que lorsque la tumeur a acquis un certain volume. Alors on trouve cette tumeur de forme plus ou moins bien arrondie, et présentant des caractères différents suivant son volume. *Est-elle encore d'un volume médiocre*, ne dépasse-t-elle pas, par exemple, le volume de la tête d'un fœtus, on la sent très bien circonscrite dans un des *côtés de l'abdomen*, et la main, pressant fortement par son bord cubital sur la *paroi antérieure de cette cavité*, peut la saisir du côté de l'ombilic, où l'on trouve son

ond globuleux. Mais il ne faut pas se contenter de cette exploration, on doit suivre la tuméfaction jusque dans la fosse iliaque, où l'on peut s'assurer que se trouve sa limite, ce qui est très important pour le diagnostic. *Si, au contraire, la tumeur est d'un très grand volume*, si elle distend fortement la paroi abdominale, il est plus difficile de la circonscrire ; cependant, avec un peu d'attention, on parvient, dans presque tous les cas, à trouver un côté de l'abdomen plus tendu, plus dur, plus résistant que l'autre, et à s'assurer qu'une des deux fosses iliaques est souple, tandis que l'autre, où la tumeur prend sa racine, est très résistante.

Au reste, la *percussion*, en pareil cas, vient en aide à la palpation. M. Rostau (1) a noté un signe important. Dans l'hydropisie de l'ovaire, en effet, les intestins sont refoulés du côté opposé à la tumeur, et donnent dans ce côté du ventre un son clair, tandis que le côté opposé est mat. Si l'on pratique la percussion avec soin, on trouve dans la fosse iliaque, où la tumeur a pris naissance, une matité marquée, tandis que la fosse iliaque du côté opposé est sonore ; puis, en cherchant la limite supérieure de la matité, on s'assure que la ligne qui la sépare du son clair des intestins est une ligne courbe dont la convexité est tournée en haut, et qui, venant à perdre dans le côté occupé par la tumeur, laisse l'autre libre dans une plus ou moins grande étendue. Lorsque la tumeur est excessivement considérable, ces signes sont moins faciles à reconnaître ; mais on s'assure alors que les intestins ont été refoulés vers un point latéral de l'abdomen, et de plus, en faisant varier la position de la malade, on ne voit pas survenir de changement de niveau du liquide, ce qu'il est toujours très important de constater.

Ces signes sont également beaucoup plus obscurs lorsque la maladie occupe les deux ovaires. Mais dans ces cas, qui ne sont pas les plus fréquents, à beaucoup près, quoique la plupart des auteurs aient avancé que lorsque l'affection occupe un des ovaires, elle ne tarde pas à envahir l'autre, la *palpation* et la *percussion* offrent d'autres ressources, car les deux tumeurs ne sont jamais d'égale volume, et en constatant l'irrégularité très grande de la tuméfaction qu'elles occasionnent, on a un signe très important pour le diagnostic.

La simple *inspection* de l'abdomen est souvent très utile pour faire reconnaître la nature de la maladie. Le ventre est en effet fréquemment déformé, le côté occupé par la tumeur étant plus saillant que l'autre.

On a indiqué, comme pouvant être de quelque utilité, le *toucher vaginal*, et plus encore le *toucher rectal*. Mais le premier sert uniquement à faire constater que la tuméfaction n'est pas due à l'augmentation de volume de l'utérus, et quant au second, nous n'avons pas trouvé de faits où il y ait été employé avec quelque utilité.

Les kystes des ovaires peuvent exister pendant de longues années et prendre un accroissement considérable sans qu'il en résulte aucune altération de la santé. Cependant, si l'on consulte les faits, on voit qu'il est assez ordinaire d'observer des troubles de la menstruation, et en particulier l'aménorrhée et la dysménorrhée.

On a aussi cité un certain nombre de cas dans lesquels, à ces troubles de la menstruation, se joignaient, dans les premiers temps de la maladie, des signes de

(1) *Mémoire sur un moyen de distinguer l'hydrocèle enkystée de l'ascite* (Nouv. journ. de méd., t. III, et *Traité du diagnostic*).

couches ? M. Grisolles a malheureusement oublié, en exposant l'anatomie pathologique de l'affection, de décrire à part les cas observés chez les femmes en couches, afin d'indiquer avec soin l'état des ligaments larges. Nous savons aujourd'hui qu'un bon nombre d'abcès viennent faire saillie à la partie supérieure du vagin, et se vident même par cette voie ; or on conçoit difficilement qu'il en soit si souvent ainsi si les ligaments larges ne sont pas assez fréquemment enflammés.

Telles sont donc les conditions dans lesquelles se développent les tumeurs inflammatoires dont nous nous occupons. Maintenant indiquons la manière dont se produisent les principales espèces, puis nous exposerons l'histoire générale de la maladie. Il est bien entendu que nous ne nous occupons pas ici des inflammations anté- et rétro-utérines, puisque nous en avons donné l'histoire détaillée plus haut.

#### TUMEURS INFLAMMATOIRES CAUSÉES PAR LA PERFORATION DU CÆCUM OU DE L'APPENDICE CÆCAL.

Dans le plus grand nombre des cas, du moins si l'on s'en rapporte aux observations citées par Wegeler (1), par MM. Malespine, Merling, Ilif (2), etc., la lésion de l'appendice cæcal, qui a été cause de la maladie, est due à la présence d'un *corps étranger*. Ce sont des *pepins de melon*, un *haricot*, des *calculs* presque entièrement formés de cholestérine (3), des *calculs stercoraux*, et même une simple accumulation de matières fécales endurcies (Merling).

Dans un cas emprunté à la thèse de M. Maisonneuve, et rapporté par M. Bodart (4), la *constipation*, en interceptant la circulation dans les parois intestinales déterminait la gangrène et la perforation du cæcum, et par suite une péritonite mortelle.

Le même auteur cite un fait observé par M. Becquerel chez un enfant de sept ans qui mourut subitement après n'avoir présenté pendant la vie que des traces d'une inflammation de médiocre intensité. A l'autopsie on trouva cinq *ascarides lombricoïdes* étendus et placés sous le mésentère en bas et à droite. L'appendice iléo-cæcal présentait à son extrémité une ouverture arrondie étranglant complètement deux ascarides, l'un sorti au tiers, l'autre aux deux tiers.

Enfin, selon le docteur Bodart, le cæcum paraît être le siège de prédilection de certaines perforations dues le plus souvent à une *lésion organique du gros intestin* dont elles sont le dernier phénomène, ou au *phlegmon de la fosse iliaque* : dans le premier cas elles ont lieu de dedans en dehors ; c'est le contraire dans le second. L'appendice cæcal en est parfois le siège, et ce médecin cite six observations dans lesquelles cet accident survint et amena une péritonite rapidement mortelle.

Dans certaines circonstances néanmoins, on voit la lésion de l'appendice cæcal survenir sans cause appréciable : tels sont les cas placés par M. Merling dans sa septième section. C'est surtout alors qu'on observe la *gangrène* de cet appendice, mais aussi quelquefois on rencontre une simple perforation, ou bien une sépar-

(1) *Hist. ent. malign. et sing. calcul. concrementi* (Journal de médecine de Corvisart, t. XXVIII).

(2) *Lond. med. and surg. Journal*, avril 1822.

(3) J. Copland, *Appendice à la traduction de la Physiologie de Richerand*, 1829.

(4) *Des perforations du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal*, thèse. Paris, 1844.

ion d'une partie de l'appendice ou de sa totalité, de manière qu'on le trouve naissant dans le foyer, ou qu'il s'échappe par l'intestin, comme nous l'avons observé dans un cas dont nous parlerons plus tard.

Quant à la manière dont se produit la *perforation du cæcum* lui-même, nous avons des renseignements beaucoup moins précis. Le docteur Albers attribue à l'accumulation et à l'endurcissement des matières fécales dans le cæcum l'inflammation, et parfois l'ulcération de cet organe. Les faits que nous possédons sur ce point sont trop insuffisants pour qu'on puisse résoudre la question, du moins quant à l'ulcération. Ce qu'il y a de certain, c'est que, dans quelques cas, on trouve dans le cæcum une ou plusieurs perforations sans qu'on puisse les attribuer à l'accumulation et à l'endurcissement des matières fécales, et sans qu'il soit permis de leur assigner aucune autre cause connue.

Le rétrécissement du côlon, dans quatre cas cités par le docteur Bodart (1), amena une perforation du cæcum et par suite une péritonite mortelle.

Les symptômes précurseurs auxquels donnent lieu ces lésions, soit du cæcum soit de l'appendice iléo-cæcal, sont des plus vagues. Dans la plupart des cas, les sujets se sont plaints d'un *malaise léger*, avec *diminution de l'appétit* et un peu de *sensibilité du bas-ventre*, mais sans se croire réellement malades.

Enfin, il survient *tout à coup* une douleur vive dans la fosse iliaque droite; cette douleur ne s'irradie pas très loin; elle force le malade à s'arrêter, à se coucher. Les traits s'altèrent, le pouls se concentre, il y a une vive anxiété, et bientôt la tumeur inflammatoire est manifeste.

Mais est-il possible de dire, d'une manière très précise, s'il s'agit d'une perforation du cæcum ou de l'appendice? En consultant les faits, on voit bientôt qu'on ne le peut pas. L'observation nous a, en effet, prouvé que la perforation de l'appendice cæcal peut se faire dans le tissu cellulaire postpéritonéal aussi bien que dans la cavité du péritoine elle-même; et voici comment les choses se passent:

L'appendice, primitivement enflammé, contracte des adhérences avec le péritoine qui tapisse la fosse iliaque; puis, dans le lieu de l'adhérence, l'ulcération augmente jusqu'à ce qu'elle ait perforé non-seulement les tuniques de l'appendice mais encore le feuillet péritonéal auquel adhère ce diverticulum, et que la matière qu'il contient tombe dans le tissu cellulaire iliaque. Or cette perforation donne lieu aux mêmes symptômes que celle du cæcum; de sorte que, à la rigueur, la proposition précédente ne peut être contestée. Cependant il résulte de nos observations que nous possédons, que la perforation ou la gangrène survenue sans lésion antérieure du cæcum appréciable par nos moyens d'examen a presque toujours son siège dans l'appendice, et par conséquent, lorsque chez un sujet n'ayant présenté que les légers symptômes signalés plus haut, on verra apparaître la *douleur subite qui marque le début de la tumeur inflammatoire*, avec altération des traits, etc., c'est à une lésion de l'appendice qu'on sera porté à attribuer ces accidents. Au reste, ce diagnostic n'a qu'une importance très secondaire, car la connaissance du point précis où le mal a commencé ne pourrait changer en rien la conduite du médecin.

1) Loc. cit.

**TUMEURS DUES A UNE INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE DU BASSIN, PAR SUITE DE LA PERFORATION D'UNE CAVITÉ NATURELLE OU ARTIFICIELLE CONTENANT UN LIQUIDE.**

Avant la perforation, le médecin a observé les signes d'une affection siégeant dans un organe creux (vessie, intestin), ou ayant donné lieu à une accumulation de liquide dans une cavité accidentelle (abcès des organes contenus dans le bassin; kystes de l'ovaire); puis *tout à coup* surviennent des symptômes semblables à ceux qui ont été décrits dans le paragraphe précédent, le siège seul étant différent: alors la tumeur inflammatoire existe.

**TUMEURS DUES A L'EXTENSION D'UNE INFLAMMATION D'UN ORGANE AU TISSU CELLULAIRE DU PETIT BASSIN OU DE LA FOSSE ILIAQUE.**

En pareil cas, l'inflammation primitive de l'organe (métrite; ovarite; leucorrhée, etc. a donné lieu à des symptômes bien connus, auxquels viennent se joindre *avec plus ou moins de rapidité, mais non brusquement*, ceux de l'inflammation du tissu cellulaire environnant.

**TUMEURS DUES A UNE INFLAMMATION PRIMITIVE DU TISSU CELLULAIRE DU PETIT BASSIN OU DE LA FOSSE ILIAQUE.**

**§ I. — Définition.**

Ce sont ces tumeurs qui se développent principalement chez les femmes en couches. Ce qu'il y a de remarquable en pareil cas, c'est que, comme dans la *métrite postpuerpérale*, l'affection ne se développe que quelques jours après l'accouchement. C'est, ainsi que l'a constaté M. Grisolle, seulement du troisième au dixième jour après l'accouchement que ces tumeurs commencent à se manifester; dans un petit nombre de cas même, elles n'apparaissent que plus tard. Elles n'ont pas le début subit des tumeurs dues à une perforation.

**§ II. — Causes.**

Si maintenant nous jetons un coup d'œil général sur les causes de ces tumeurs, nous avons à examiner les *causes prédisposantes* et les *causes occasionnelles*, comme dans les autres maladies. Sous ce rapport, le travail de M. Grisolle nous offre les meilleurs documents.

**1° Causes prédisposantes.**

C'est de vingt à trente ans que se développent le plus souvent les tumeurs dont il s'agit (plus de la moitié des cas); vient ensuite la période de trente ou quarante ans (un quart), puis celle de onze à vingt ans, et enfin celle de quarante à soixante.

Le *sexe* a également une influence très marquée, si l'on fait abstraction de l'état

**Puerpéral** ; les tumeurs inflammatoires sont en effet, en pareil cas, plus de quatre fois plus fréquentes chez l'homme. D'après les faits rassemblés par M. Grisolle, l'état puerpéral ne rétablirait même pas l'équilibre ; car en comprenant toutes les conditions précédemment indiquées, on observe la maladie quarante-six fois chez l'homme et vingt-sept fois seulement chez la femme. Ces chiffres sont-ils suffisants ? En supposant même que les observations eussent été prises avec la plus grande attention sur un nombre donné de sujets, on pourrait en douter ; mais on croira bien moins encore la question résolue, si l'on considère que, dans beaucoup de cas, des abcès du bassin, chez les femmes en couches, peuvent passer inaperçus, et que plusieurs des auteurs à qui l'on a emprunté ces observations n'ont pu voir qu'un très petit nombre de femmes dans cette condition. Les médecins qui se sont trouvés mieux placés, et qui ont apporté un grand soin dans l'exploration, ont au contraire constaté que ces affections se montrent particulièrement à la suite de l'accouchement. M. Fauvel a pu, en deux années, recueillir à l'Hôtel-Dieu, chez des femmes, une vingtaine de cas d'abcès du petit bassin, dont un bon nombre auraient pu passer inaperçus, sans une exploration des plus attentives. Dans l'article consacré aux *phlegmons péri-utérins*, nous en avons cité des exemples nous-même.

D'après les cas rassemblés par M. Grisolle, les *primipares* seraient plus exposées que les autres accouchées à l'affection dont il s'agit. Ce fait avait déjà été constaté par M. Piotay.

Ces tumeurs ont été trouvées plus souvent à droite qu'à gauche, ce qui tient sans doute à l'influence du cæcum sur la maladie ; car si l'on ne considère que les tumeurs des femmes en couches, on les trouve plus souvent à gauche qu'à droite.

La constipation est, d'après quelques auteurs, une cause prédisposante digne d'attention. Nous avons vu plus haut ce qu'on a dit de l'irritation produite par l'accumulation des matières fécales dans le cæcum, sur les parois de cet intestin.

## 2° Causes occasionnelles.

Nous avons vu ci-dessus que les lésions de l'appendice du cæcum et du cæcum lui-même peuvent être produites par la présence de *corps étrangers*, et que c'est là, dans un certain nombre de cas, la cause primitive de toute la maladie ; mais la vraie cause occasionnelle de l'affection qui nous occupe est, en pareille circonstance, la *perforation*. On a cité des cas où un coup, une chute sur le ventre, une violence extérieure quelconque, ont donné lieu aux tumeurs inflammatoires dont il s'agit.

On a admis, comme causes occasionnelles, l'action du froid, les écarts de régime, un excès quelconque, les malades étant placés sous l'influence des causes prédisposantes que nous avons indiquées. Mais le degré d'action de ces dernières causes est loin d'être rigoureusement déterminé. Enfin il est un certain nombre de cas où l'on ne peut pas découvrir de cause occasionnelle, car les violences exercées dans les manœuvres de l'accouchement, la longueur du travail, etc., ont été plutôt admises comme ayant une influence très probable, ce qui ne peut être nié, qu'comme ayant été mises hors de doute par l'observation.



## § III. — Symptômes.

Une fois la tumeur inflammatoire produite, presque tous les symptômes des diverses espèces sont les mêmes. Le siège seul y apporte des modifications importantes.

La *douleur* est ordinairement vive et se montre dès le début. Cependant, parmi les faits rapportés par M. Grisolles, il en est huit dans lesquels ce symptôme ne s'est montré qu'au bout d'un ou de plusieurs jours, et quatre malades ne l'ont éprouvé que plus tard. La *douleur spontanée* est variable dans son intensité ; chez quelques sujets elle est seulement sourde, gravative ; chez la plupart il se joint à cette douleur continue des douleurs lancinantes, pulsatives, qui s'irradient plus ou moins loin dans l'abdomen, la cuisse correspondante, le périnée. Parfois ces parties ne sont le siège que d'un simple engourdissement. On a remarqué assez souvent que les malades ne rapportaient pas le siège de la douleur au point précis occupé par la tumeur inflammatoire, quelques-uns se plaignent d'une douleur dans tout le ventre ou dans l'hypogastre, lorsque la région inguinale est le siège du mal.

La *douleur à la pression* donne des renseignements plus précis encore. Ainsi, dans un point de l'abdomen (la fosse iliaque droite pour les abcès résultant des altérations du cæcum et de son appendice ; l'une des deux fosses iliaques, un point de l'hypogastre pour les autres), on détermine par la palpation une douleur vive, ordinairement intolérable, et qui arrache des plaintes au malade. Les secousses de la toux, les mouvements du tronc, et surtout ceux de la jambe, lorsque l'abcès occupe la fosse iliaque, exaspèrent considérablement la douleur. Aussi les malades tiennent-ils à demi fléchi le membre inférieur du côté malade, et redoutent-ils beaucoup les mouvements d'extension qu'on veut lui communiquer.

Dans les premiers temps on trouve, dans le point occupé par l'inflammation, une *tumeur* un peu dure, rénitente, sans bosselures, sans battements et sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur est d'un volume très variable ; mais en général elle occupe une très grande étendue et remplit toute une fosse iliaque, sans laisser d'intervalle entre elle et l'os des iles. Dans un cas dû à une perforation du cæcum, et pour lequel nous avons été appelé par M. Manec avec d'autres médecins de la Salpêtrière (le malade étant employé dans cette maison pendant que nous y faisions un service), nous trouvâmes toute la fosse iliaque droite et l'hypogastre, jusqu'à la ligne médiane, occupés par une tumeur résistante telle que nous venons de la décrire. Dans un autre cas que nous avons observé à la Pitié, et qui s'est montré chez une femme en couches, la tumeur dépassait beaucoup cette ligne médiane, et avait par conséquent un volume énorme.

Cette tumeur est presque toujours *immobile*, et dans les cas où l'on peut lui imprimer des mouvements, ceux-ci sont toujours très bornés.

La *percussion*, pratiquée avec ménagement, donne un son mat dans toute l'étendue de la tumeur, et ce son mat contraste avec le son tympanique rendu par les parties environnantes.

Parfois la maladie, après avoir persisté ainsi pendant un temps variable, mais qui n'est pas fort long, se dissipe peu à peu. On voit d'abord la tumeur devenir moins douloureuse, puis diminuer de volume, et finir par disparaître sans laisser

de trace, ou ne laisser qu'un petit noyau dur et indolent, qui disparaît lui-même au bout d'un temps plus ou moins long.

Mais le plus souvent les choses se passent autrement, la tumeur *suppure*, et de là des symptômes nouveaux.

Les *signes généraux* qui indiquent la *formation du pus* ne se montrent pas, à beaucoup près, dans tous les cas, ou du moins on ne les a notés, d'après les faits rassemblés par M. Grisolles, que chez un tiers des sujets. Ce sont, comme on sait, des *frissons irréguliers*, une *exacerbation de la fièvre le soir*, des *sueurs générales*, surtout pendant le sommeil.

Les *signes locaux* sont le ramollissement de la tumeur, la *fluctuation*, la *rougeur de la peau lorsque le pus a de la tendance à se porter à l'extérieur*, et, dans le même cas, une saillie en pointe d'une des parties de la tumeur. Quelquefois même, comme dans un cas que nous avons observé en 1846 à l'Hôtel-Dieu annexe, on voit la peau s'amincir en divers endroits et des saillies se former sur plusieurs points de la tumeur.

Dans un certain nombre de cas qu'il n'est pas encore possible de déterminer, les signaux locaux de la suppuration se font remarquer *à la fois du côté de l'hypogastre et dans le vagin*. En portant le doigt dans le conduit, on sent, en effet, une *fluctuation plus ou moins manifeste*, et parfois même une saillie fluctuante qui descend jusqu'au milieu du vagin. D'autres fois la tumeur, au lieu de conserver son volume en devenant fluctuante, s'affaisse plus ou moins promptement, et alors encore on peut sentir, dans quelques cas, la *fluctuation dans le vagin*. On voit par là combien il est important de pratiquer le *toucher vaginal* dans tous les cas de tumeur inflammatoire du bassin.

Suivant M. Grisolles, la suppuration serait plus longtemps à s'établir dans ces tumeurs que dans les autres tumeurs inflammatoires qui ont leur siège dans le tissu cellulaire. Mais il faut seulement entendre par là que la fluctuation devient moins promptement appréciable, ce qui s'explique par la profondeur de l'abcès. Ainsi, dans les cas où il y a une perforation d'un organe qui verse dans le tissu cellulaire environnant un liquide septique, on ne peut douter que la suppuration ne se produise très promptement ; et néanmoins, dans le cas cité plus haut, la fluctuation ne s'est jamais montrée d'une manière sensible. Or, on verra que l'existence d'un abcès n'a pas été douteuse, quoique le malade ait guéri.

Dans d'autres circonstances, *la maladie semble vouloir se terminer par résolution* ; mais la tumeur ne se dissipe qu'imparfaitement : elle est encore dure, un peu douloureuse, reste ainsi pendant un temps très long, et finit ensuite par disparaître rapidement. Nous avons vu à l'Hôtel-Dieu annexe un cas de ce genre. La malade, récemment accouchée, avait présenté tous les symptômes d'un phlegmon de la fosse iliaque ; au bout de quelques semaines, la douleur se calma un peu, la tumeur diminua et durcit beaucoup, sans avoir présenté de fluctuation. La malade resta ainsi plus de trois mois, ne pouvant pas se lever, parce que les mouvements du membre inférieur causaient de la douleur dans le point malade. Au bout de ce temps, on constata, du jour au lendemain, une diminution de plus d'un tiers dans le volume de la tumeur, et en même temps l'écoulement d'un pus blanc, épais, bien lié, par le vagin, dont les parois étaient rouges et granulées. L'exploration la plus attentive ne put néanmoins faire découvrir dans ce conduit ni tumeur fluctuante, ni pertu-

mais tout porte à croire qu'il existait une petite ouverture par laquelle s'écoulait le pus, car, à dater de ce moment, la tumeur alla rapidement en diminuant, et la malade fut promptement guérie d'une affection qui durait depuis près de cinq mois. Il n'y avait eu, dans ce cas, aucun signe local de suppuration, pas même l'empatement des téguments.

Les *symptômes généraux* qui accompagnent ces tumeurs inflammatoires sont en général assez intenses. Dans les cas où il y a une perforation, ils sont très violents dès le début. La *fièvre s'allume*, le pouls est très fréquent, ordinairement petit, serré; il y a souvent du frisson, du froid des extrémités, suivi ensuite d'une chaleur élevée. L'*anxiété* est grande; les douleurs empêchent le malade de dormir; les traits sont altérés. Du côté du *tube digestif*, on a observé quelquefois des *remisements bilieux*, des *vomiturations*, une *soif vive*, une *constipation* qu'il n'est pas cependant difficile de vaincre dans la plupart des cas.

Lorsque l'affection se développe à la suite de l'inflammation d'un organe pelvien, les symptômes généraux préexistants augmentent seulement de violence, et lorsque la tumeur inflammatoire se produit primitivement dans le tissu cellulaire de cette région, le mal, qui se manifeste d'abord par des symptômes locaux, allant toujours en augmentant, la *fièvre s'allume* et prend souvent une intensité aussi grande que dans les cas que nous avons cités les premiers. La *constipation* est remarquable, surtout lorsque la tumeur occupe la fosse iliaque gauche ou une partie plus centrale du petit bassin.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est presque toujours rapide dans les premiers temps. Puis, ainsi que nous l'avons vu plus haut, elle peut rester stationnaire plus ou moins longtemps, et enfin nous allons voir, en parlant des terminaisons, point des plus importants dans l'histoire des tumeurs inflammatoires du bassin, que les choses se passent très différemment, suivant que la maladie se termine de telle ou telle manière.

La *durée* de la maladie, par suite également de la grande différence des terminaisons, est fort variable. On peut dire néanmoins, d'une manière générale, qu'elle est assez considérable. Les cas où la maladie se termine par résolution sont ceux dont la durée est la plus courte, et néanmoins les femmes ne sont pas parfaitement rétablies avant deux ou trois semaines. La perforation de l'abcès et le passage du pus dans le péritoine abrège la durée de la maladie, en produisant une péritonite promptement mortelle. Dans tous les autres cas, il faut un ou plusieurs mois pour que la maladie soit terminée.

*Terminaisons.* — Nous avons vu plus haut que la *terminaison* par résolution est la plus rare, et que la tumeur suppure ordinairement. Or, lorsque la tumeur a suppuré, la maladie se termine de diverses manières, qui toutes ont la plus grande importance.

L'*évacuation du pus* peut avoir lieu par plusieurs voies. Ainsi l'*abcès s'ouvre dans l'intestin* : soit dans le cæcum, soit dans l'S iliaque. L'affaissement de la tumeur et la présence du pus dans les selles sont les signes auxquels on reconnaît le *passage du pus dans l'intestin*. Une diarrhée plus ou moins abondante, avec coli-

ques, quelquefois ténésme, prouve que, en pareil cas, le passage du pus dans le tube intestinal a produit une entérite d'une certaine intensité.

Dans d'autres cas, *le pus se fraye un passage à travers les parois abdominales*. La tumeur devient de plus en plus saillante, la fluctuation est chaque jour plus évidente, la peau s'empâte, rougit, s'amincit, et, si une incision ne donne pas issue au pus, il se forme une ou plusieurs ouvertures spontanées par lesquelles l'abcès se vide. On a vu quelquefois le pus fuser assez loin, et l'abcès s'ouvrir à une plus ou moins grande distance de la fosse iliaque.

D'autres fois il se fait une ou plusieurs ouvertures *dans le canal intestinal et à la peau en même temps*. En pareil cas, aux signes précédents se joignent la fétidité du pus, sa coloration en jaune ou en brun, son aspect mal lié, et la présence de gaz sous forme de bulles qui viennent crever à l'ouverture de la peau.

On a cité des cas où *le pus s'est échappé en partie par la vessie* ; dans l'un d'eux, rapporté par M. Johnson (1), et cité par M. Grisolles, il y eut envies fréquentes d'uriner, dysurie et même hématurie. Dans les autres on n'a noté rien de semblable.

M. le docteur Battersby (2) a rapporté un cas curieux d'abcès iliaque ouvert d'abord dans la vessie, puis à la région lombaire. Malgré cette double ouverture, le malade, qui était un enfant de six mois, fut complètement guéri au bout de quelques mois.

Il arrive aussi que *le pus peut sortir par une perforation de l'utérus* ; mais les cas de ce genre sont rares et ne présentent pas d'autres signes que l'ouverture de l'abcès dans le vagin.

Cette *ouverture de l'abcès dans le vagin* est fréquente, d'après les faits observés, et même tout porte à croire qu'elle est plus fréquente qu'on ne le pense généralement, parce qu'il faut pour la reconnaître plus d'attention qu'on n'en apporte ordinairement dans l'examen des faits. L'affaissement de la tumeur, un écoulement abondant de matière purulente, épaisse, survenant rapidement, sont les signes auxquels on reconnaît cette terminaison. Dans quelques cas, on a pu découvrir un point fluctuant du vagin avant la perforation ; dans d'autres, on a vu le pus sourdre par l'ouverture accidentelle ; mais ces cas sont les plus rares. Cette terminaison peut se faire très longtemps attendre, ainsi que nous en avons vu un exemple mentionné plus haut. Dans un cas rapporté par M. Perrochaud (3), l'introduction du spéculum produisit la rupture de l'extrémité supérieure du vagin et l'écoulement du pus contenu dans la tumeur. M. Bourdon (*loc. cit.*) a rapporté plusieurs faits dans lesquels l'abcès a été vidé par cette voie, à l'aide de l'instrument tranchant.

La terminaison la plus terrible est la *rupture de l'abcès dans le péritoine*. On l'observe plus particulièrement dans les abcès qui ont pour point de départ une lésion du cæcum ou de son appendice. En pareil cas, après avoir suivi toutes les périodes de la suppuration, on voit apparaître *tout à coup* une douleur excessive dans un point voisin de la tumeur ; cette douleur *se propage rapidement à l'abdomen*, et la maladie présente les symptômes de la *péritonite suraiguë*.

(1) *The medico-surgical Review*, 1836.

(2) *Dublin quarterly Journ. of med.*, mai 1847.

(3) Voy. Grisolles, *loc. cit.*

Dans des cas rares, on a vu la péritonite générale se produire sans perforation, par *simple extension de l'inflammation au péritoine voisin* du foyer purulent.

Lorsque le pus s'est frayé une issue au dehors, la maladie ne saurait être regardée comme terminée heureusement, loin de là. Les accidents indiqués plus haut peuvent se prolonger longtemps, la suppuration persiste, reste abondante, et les malades succombent souvent dans le dernier degré du marasme.

Dans quelques cas, la *gangrène* s'empare des parois du foyer, et presque toujours alors la terminaison est funeste. Dans quelques-uns d'entre eux, des lambeaux gangrenés peuvent être expulsés par la voie que s'est frayée le pus. M. Burne en a cité un exemple. Dans le cas *indiqué* plus haut, et qui avait pour sujet un employé de la Salpêtrière, on constata un fait assez curieux pour être mentionné ici. Au bout de quelques jours de phénomènes très graves, du pus parut dans les selles, et au milieu du liquide *l'appendice du cæcum tout entier*, coupé circulairement à sa base, et présentant dans son milieu une petite ulcération ronde. M. Manec a conservé la pièce, qu'on ne peut méconnaître pour l'appendice cæcal. Dès que cette partie fut évacuée, le mieux se manifesta, et le malade s'est parfaitement rétabli.

Après la guérison, il reste dans l'endroit qu'occupait la tumeur un point d'induration qui se dissipe ensuite peu à peu. Chez quelques malades, un œdème parfois très persistant se montre dans le membre inférieur du côté affecté ; l'oblitération plus ou moins complète de la veine iliaque en est, sans doute, la cause.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Quoique les lésions anatomiques que laissent après elles les tumeurs inflammatoires aient un grand intérêt, nous n'indiquerons ici que ce qu'il est nécessaire que le praticien connaisse.

On trouve, soit dans le fond de la fosse iliaque, soit dans les ligaments larges, soit entre l'utérus et le rectum ou l'utérus et la vessie, un foyer purulent, dont l'aspect varie suivant une multitude de circonstances. La maladie a-t-elle été causée par la perforation du cæcum, on voit dans la fosse iliaque droite un vaste abcès communiquant avec l'intestin par une ouverture plus ou moins grande, à bords noirâtres et coupés plus ou moins irrégulièrement. Quelquefois on trouve plusieurs de ces perforations ; d'autres fois, au contraire, c'est de dehors en dedans que la perforation a eu lieu, et l'abcès primitivement formé s'est vidé dans l'intestin. Dans l'un et l'autre de ces cas, les parois du foyer sont formées par du tissu cellulaire plus ou moins épaissi, dont les lambeaux sont gangrenés, et le liquide qu'elles contiennent est brunâtre, fétide. Parfois la perforation s'étant faite du côté du péritoine, on voit un abcès, résultant de l'accumulation du pus retenu dans un point de cette cavité par des fausses membranes promptement formées.

Dans les autres cas, on trouve les organes avoisinant l'abcès, ainsi que les vaisseaux et les nerfs qui traversent, dénudés, ramollis, gangrenés, et le liquide purulent tantôt blanc, tantôt brunâtre, et plus ou moins sanieux. On a suivi des fusées de pus jusque vers la hanche.

Lorsque la maladie est due à la perforation ou à la gangrène de l'appendice cæcal, on trouve ce diverticulum ramolli, noirâtre, ulcéré, en partie détruit, quelquefois

## CIRCONSTANCES PRINCIPALES DANS LESQUELLES SE PRODUISENT CES TUMEURS.

Nous signalerons d'abord les *ulcérations du cæcum* qui ont lieu, soit par suite d'une dégénérescence cancéreuse limitée, ce qui est très rare, soit par suite d'une inflammation ulcéralive, dont les docteurs J. Burne (1), Albers (2) et d'autres auteurs ont rapporté des exemples. La perforation qui résulte de cette inflammation, à laquelle Albers donne le nom de *typhlité*, est moins fréquente si l'on s'en tient du moins aux cas connus, que la *perforation* et la *gangrène de l'appendice cæcal*, qui a également pour résultat de produire, soit une *péritonite* dont nous nous occupons pas ici, soit une des tumeurs inflammatoires qui font le sujet de cet article.

Dans ces cas de lésion de l'appendice cæcal et du cæcum lui-même, on peut dire généralement les tumeurs inflammatoires des fosses iliaques et du petit bassin existent chez les femmes en couches.

Le siège primitif du mal est, en pareil cas, très variable, ainsi qu'on en peut voir le résultat des recherches de M. Bourdon (3). Cet auteur divise les tumeurs en trois classes, dont les deux premières nous intéressent seules; car dans les deux dernières, il s'agit d'abcès siégeant dans l'épaisseur même des organes. Dans la première classe, l'auteur place les *tumeurs inflammatoires intra-péritonéales*: ce sont des abcès circonscrits par des fausses membranes, occasionnés par une inflammation de l'utérus ou de ses annexes, et situés entre les organes contenus dans le petit bassin ou dans ces organes mêmes. Dans la seconde classe, mettant à part les tumeurs séreuses dont parle M. Bourdon, et qui ne nous occupent pas ici, se trouvent les *tumeurs produites par l'inflammation du tissu cellulaire* qui se trouvent en abondance dans le grand et le petit bassin.

Quelle que soit la cause de cette inflammation, qu'elle soit due à l'extension d'une inflammation voisine (métrite, ovarite, inflammation de la capsule synoviale de la branche du pubis), ou même à un bubon, d'après M. Velpeau; ou bien qu'elle se soit développée primitivement (inflammation des ligaments larges, du tissu cellulaire de la fosse iliaque chez les femmes en couches); ou enfin qu'elle ait pour cause la perforation d'une cavité qui se vide dans le tissu cellulaire pelvien (suite d'un abcès dans le tissu cellulaire pelvien, infiltration urinaire, stercorale), elle a toujours pour résultat de produire une *tumeur* dont la position varie un peu, mais dont les différents exemples présentent aussi des caractères communs qui ne sauraient être méconnus. M. Grisolles, qui a étudié avec soin la plupart des espèces de tumeurs dont il s'agit ici (4), ne croit pas que l'inflammation phlegmoneuse des ligaments larges soit aussi fréquente que le pensent quelques auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Mais comment expliquer, dans cette manière de voir, la grande fréquence des abcès de la fosse iliaque chez les femmes en

*Westminster hospit. Reports*, 1838.

*Histoire de l'inflammation du cæcum* (l'*Expérience*, 1839).

*Des tumeurs fluctuantes du petit bassin*, etc. (*Revue médicale*, juillet, août et septembre 1841).

*Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques* (*Arch. gén. de méd.*, 2<sup>e</sup> série, t. IV, p. 34, 137, 296).



tantôt moins sonore : or, nous avons vu plus haut que rien de semblable ne s'observe dans les tumeurs inflammatoires du bassin.

Nous ne parlerons ni des *abcès du foie* ni des *hernies*, parce que, en réalité, avec un peu d'attention, on n'a pas à craindre de les confondre avec la maladie dont nous nous occupons.

*Pronostic.* — Le pronostic de ces tumeurs inflammatoires est grave, puisque, dans les cas rapportés par M. Grisolles, la mortalité a été de plus d'un quart. Cependant on peut penser que ce chiffre est un peu trop fort, à cause des cas qui peuvent passer inaperçus.

Les tumeurs inflammatoires produites par une perforation intestinale sont, sans contredit, les plus fâcheuses ; viennent ensuite les abcès chez les femmes en couches, quelle que soit leur cause.

Parmi les modes de terminaison, il en est de plus ou moins graves. Suivant les auteurs, la terminaison par perforation intestinale serait la plus favorable ; et Dance a surtout insisté sur ce point, parce que quelques cas de ce genre, terminés heureusement, se sont présentés à lui. M. Grisolles, qui a tenu compte d'un beaucoup plus grand nombre de faits, ne partage pas cette opinion. La mort, en effet, dans les observations qu'il a rassemblées, a été au moins aussi fréquente à la suite de l'évacuation du pus par l'intestin qu'après l'évacuation du pus par toute autre voie.

L'évacuation du pus à travers la paroi abdominale s'est montrée un peu plus favorable ; mais il n'en a pas été ainsi lorsqu'il y a eu à la fois ouverture au dehors et dans l'intestin. Ce cas est un des plus fâcheux.

La sortie du pus par les voies urinaires est aussi fâcheuse ; mais il n'est pas prouvé que, comme la précédente, elle le devienne davantage lorsqu'il existe en même temps une ouverture de la paroi abdominale.

Le passage du pus dans le vagin ne serait pas une terminaison heureuse, d'après les faits cités par M. Grisolles ; cependant le peu d'accidents que détermine le contact de ce liquide sur la muqueuse vaginale, et la déclivité de l'ouverture, font déjà croire le contraire ; et, si l'on pense que, de l'aveu des auteurs eux-mêmes, la sortie du pus par le vagin peut être facilement méconnue, on admettra difficilement que la gravité de l'expulsion du pus par cette voie soit un fait démontré. D'ailleurs les faits de ce genre rassemblés par M. Grisolles sont très peu nombreux, et, par cela même, insuffisants. M. Fauvel ayant observé une vingtaine de cas d'abcès du bassin chez les femmes, a vu que l'issue du pus par le vagin était fréquente, et cependant il n'a vu succomber que deux malades. Malheureusement ces faits intéressants ne sont pas publiés.

La terminaison par gangrène est fort grave, quoiqu'on ait cité un ou deux faits de guérison après l'expulsion de lambeaux de tissu cellulaire et même de muscles gangrenés.

## § VII. — Traitement.

Les moyens employés par tous les médecins se réduisent à un petit nombre, et n'exigent en général qu'une simple énonciation.

Ce sont d'abord les *émissions sanguines*. La *saignée générale* est ordinairement mise en usage ; puis on couvre la tumeur de *sangsues* à une ou plusieurs reprises, *suivant les cas*. M. Grisolles, qui a étudié avec soin l'effet des émissions sanguines

Dans cette maladie, a trouvé que leur action, comme moyens propres à prévenir la suppuration, est très hypothétique, et que certainement, dans la très grande majorité des cas, elles n'y réussissent pas. Mais elles calment la douleur, elles modèrent la fièvre, et, sous ce rapport, on ne peut se dispenser de les employer assez souvent.

Les émissions sanguines doivent être aidées des *applications émollientes*, des *saignées*, des *boissons délayantes*, et d'une *diète sévère*, tant que la fièvre persiste.

De *doux laxatifs* sont indiqués pour combattre la constipation ; et contre la douleur, lorsqu'elle est très vive, on prescrit les *narcotiques*, et surtout l'*opium*.

Quand la tumeur a de la tendance à s'ouvrir au dehors, on doit donner issue au pus par une *incision* à la paroi abdominale. Mais à quelle époque ? voilà ce qu'il est difficile de déterminer. Suivant quelques praticiens, et Dance en particulier, il faut attendre que la peau soit près de se perforer, ou même la laisser se perforer naturellement. M. Grisolles pense qu'il faut agir plus tôt ; et si l'on considère que l'ouverture cutanée coïncidant avec la rupture de l'abcès dans un organe creux, surtout dans l'intestin, est une circonstance fâcheuse, on sera de cet avis ; car, en agissant un peu plus tôt, on pourra prévenir la perforation intestinale. Dans tous ces cas, il faut du moins s'assurer que la peau est adhérente à la paroi de la tumeur, et même attendre qu'il y ait de l'empâtement. On comprend à quels accidents on s'exposerait si l'on n'agissait pas ainsi. C'est au-dessus de l'arcade crurale, et parallèlement à elle, qu'il faut ordinairement plonger le bistouri. Si l'abcès était profond, il faudrait diviser couche par couche.

Un autre point par lequel on peut vider l'abcès est la partie supérieure du vagin. M. Bourdon rapporte plusieurs exemples de terminaison heureuse par ce moyen. Mais si l'on se rappelle ce que nous avons dit de la ponction des kystes dans ce point, on comprendra qu'il n'est pas sans danger d'agir ainsi. Ce danger n'existerait pas si la fluctuation était très sensible dans la partie supérieure du vagin, et surtout s'il y avait une saillie de la tumeur dans ce point. Aussi ces cas sont-ils les seuls dans lesquels on doive pratiquer l'opération dont il s'agit.

L'écoulement du pus doit ensuite être favorisé. On donne à l'incision la *position la plus déclive* possible ; on place une petite *mèche* entre ses lèvres. On renouvelle fréquemment les pansements. On fait des *injections émollientes* d'abord, détersives et légèrement excitantes à la fin.

Dans les cas où il survient une *péritonite suraiguë*, le repos absolu et l'*opium* à *hautes doses* doivent être prescrits.

(1) Voy. article *Péritonite*, t. IV, p. 426.

## CHAPITRE VII.

## MALADIES DU SEIN.

ARTICLE I<sup>er</sup>.

## CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

[Les maladies des mamelles sont habituellement considérées comme étant exclusivement du domaine de la chirurgie, et cela tant à cause de la situation de ces glandes, qui sont une dépendance de la peau, qu'à cause de la nature même des lésions qui s'y rencontrent le plus souvent. Ce sont en effet surtout des phlegmons et des abcès, des tumeurs de nature diverse, souvent cancéreuses, des altérations de structure qui se présentent, et pour la cure desquels les moyens chirurgicaux sont volontiers employés. Cependant le cadre des maladies du sein comprend un certain nombre d'états morbides qui sont du ressort de la pathologie médicale. Il est incontestable, par exemple, que les érysipèles des mamelles symptomatiques de l'infection puerpérale, que le gonflement douloureux, le phlegmon du sein survenant pendant une épidémie d'oreillons, que les névralgies, la mastodynie qui se montrent à l'occasion de la dysménorrhée, appartiennent à la médecine autant qu'à la chirurgie. Il en sera de même des effets de l'allaitement prolongé, dont les conséquences si fâcheuses pour la santé de la mère ont été étudiées particulièrement dans ces dernières années.]

La fonction générale chez la femme s'exerce par un appareil qui se compose de deux appareils reproducteurs et des mamelles. Ces deux espèces d'organes sont intimement unis par ce lien mystérieux que l'on appelait autrefois *sympathie*, mot tombé aujourd'hui en désuétude et remplacé par l'expression *action réflexe*. Nous n'avons point à examiner ici les questions théoriques, et le fait seul doit nous arrêter ; or l'union intime des mamelles et de l'appareil génital proprement dit est démontrée par la pathologie autant que par la physiologie. Le développement des mamelles se fait chez les jeunes filles à la même époque que celui des parties génitales, au moment de la puberté ; la fonction menstruelle est souvent l'occasion d'une tension douloureuse dans les seins, signe précurseur du flux sanguin de l'utérus ; peu de femmes échappent à cet inconvénient. La grossesse, en modifiant l'état des organes génitaux, apporte également une modification importante dans le volume et dans l'apparence des seins : on voit alors les mamelles acquérir un volume plus considérable, se développer ; les tubercules papillaires deviennent saillants, le mamelon s'allonge, l'auréole se dessine, et une coloration brune s'étend tout autour de l'auréole ; enfin la sécrétion se prépare et se traduit dès les premiers mois par l'écoulement ou le suintement d'un liquide qui est quelquefois du lait formé, le plus souvent du colostrum. Le mamelon, organe érectile, est sensible aux attouchements et éveille des sensations voluptueuses dont le retentissement immédiat a lieu sur l'utérus et les autres parties de l'appareil génital. La succion du mamelon par la bouche de l'enfant provoque des tranchées utérines chez la femme récemment

accouchée; l'excitation du mamelon, la succion, ont pu dans certains cas, précipiter la venue des règles, provoquer les pertes utérines, et même amener un accouchement prématuré. La persistance de la lactation empêche la perte périodique, et les nourrices restent habituellement pendant plusieurs mois dans l'état d'aménorrhée; le retour des règles diminue et modifie dans ses qualités le lait sécrété. La médecine comparée nous apprend que l'on peut artificiellement prolonger pendant un temps considérable la lactation chez les vaches laitières en détruisant chez ces animaux, alors que la lactation existe, la fonction ovarienne. Enfin personne n'ignore que ces troubles des fonctions menstruelles (la dysménorrhée) retentissent souvent sur les mamelles. Ces considérations montrent assez qu'on ne saurait, même dans le livre d'où la chirurgie est exclue, traiter des maladies des organes génitaux de la femme sans dire quelques mots de certains états morbides qui ont pour siège les mamelles.

## ARTICLE II.

### MALADIES DE LA MAMELLE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS ET LES ENFANTS.

Bien que le présent article fasse partie d'une division de ce livre spécialement consacrée aux maladies des femmes, nous ne pouvons cependant nous dispenser d'y réserver quelques paragraphes aux maladies du sein survenant chez les enfants et les jeunes gens. Nous placerons ici immédiatement les quelques mots relatifs à cette catégorie.

Les hommes sont rarement affectés de maladies du sein, et cela se comprend facilement. Ce n'est pas qu'ils soient dépourvus complètement de glandes mammaires : à cet égard, il existe un préjugé fondé sur le petit volume et l'atrophie de ces organes chez l'homme; mais il n'en est pas moins certain que tout atrophié qu'il est, l'organe existe, et tout inutile qu'il est, il peut cependant encore être le siège de quelques maladies, telles que les kystes, les cancroïdes et les cancers. Ces maladies étant du domaine de la chirurgie, nous ne les décrivons pas.

S'il est vrai que chez l'homme adulte il n'y ait pas de maladie du sein qui intéresse la médecine proprement dite, cette proposition cesse d'être vraie si l'on considère les enfants nouveau-nés et les jeunes gens. C'est un fait connu sans doute de toute antiquité, que les enfants nouveau-nés éprouvent peu de temps après la naissance, dans les mamelles, un gonflement avec sécrétion d'un liquide plus ou moins analogue à du lait. Ce fait vulgaire n'a jamais beaucoup occupé l'attention des médecins : cependant ce gonflement douloureux peut être une gêne pour les enfants; il se fait même quelquefois une inflammation érysipélateuse autour des mamelles des nouveau-nés; et nous y avons observé, nombre de fois, des abcès. Nous pensons qu'on ne lira pas sans intérêt les détails qui suivent :

Deux ou trois jours après la naissance, quelquefois un peu plus tard, il se développe, surtout chez les enfants vigoureux, mâles ou femelles, une turgescence des mamelles, lesquelles deviennent globuleuses, dures et se colorent un peu. Il existe une tension douloureuse en ce point. Dans l'immense majorité des cas, ce phénomène physiologique ne dure que peu de jours et ne donne lieu à aucun accident. Souvent il passe inaperçu. Quelquefois il se fait un léger suintement par le mamelon, qui n'est jamais saillant. Ce fait et ceux dont nous allons parler ont été le sujet

de plusieurs mémoires récemment publiés. Il n'existait sur ce point dans la science que quelques phrases de Morgagni. En 1853, M. Natalis Guillot publia un mémoire étendu sur ce sujet (1). En 1856, M. Gübler fit paraître également un mémoire intitulé : *Sur la sécrétion et la composition du lait chez les enfants nouveau-nés des deux sexes* (2), dans lequel il revendique la priorité dans cette sorte d'études. En réalité, cet ordre de faits est encore peu exploré. Nous avons nous-mêmes eu l'occasion, à l'hospice des Enfants trouvés, à la Maternité, et à l'hôpital des Cliniques, d'observer un très grand nombre de fois les faits en question, qui sont ignorés d'aucun médecin s'occupant des enfants nouveau-nés. D'après M. Gübler (3), la sécrétion apparaît quelquefois le troisième jour ; le quatrième jour, les glandes sont plus volumineuses, et souvent (11 fois sur 22) elles laissent s'échapper par la pression un liquide assez copieux, dense et opaque. Après le quatrième jour, le nombre des sujets pourvus de lait augmente graduellement, et la sécrétion s'accroît de même. La progression continue jusqu'au huitième jour, où elle atteint sensiblement son maximum ; puis l'état reste à peu près stationnaire pendant quelques jours encore. Du neuvième au douzième jour, sur 65 enfants, un seul n'avait pas de lait. A l'âge d'un mois, il est rare que la sécrétion laiteuse n'ait pas totalement cessé. L'abondance de la sécrétion n'est pas toujours en rapport avec la vigueur des enfants. Cette sécrétion est véritablement du lait ; MM. Quevenne et Gübler en ont fait l'analyse (voy. *loc. cit.*).

Dans les cas d'engorgement simple du sein, il y a quelquefois lieu, pour le médecin, d'intervenir. Il existe dans certains pays, principalement en Bourgogne où les nourrices de profession abondent ; une pratique traditionnelle qui consiste à faire écouler par la pression, le trop-plein des mamelles chez les nouveau-nés qui paraissent souffrir de cet engorgement. L'emploi des topiques émollients (cataplasme de fécule ou de graine de lin) et d'un léger laxatif comme le sirop de chicorée à la dose de 20 ou 30 grammes, suffit en général pour faire cesser assez rapidement cet état, du reste peu grave.

L'engorgement des mamelles chez les nouveau-nés peut dépasser les limites physiologiques ; et, en pareil cas, il y aurait, suivant M. Natalis Guillot, sept fois sur huit érysipèle, au niveau de la mamelle. On comprend qu'il y a lieu d'apporter un examen critique sévère à l'appréciation de faits de cette nature. En effet, il est rare que l'érysipèle de la mamelle atteigne les enfants sains, bien portants, et vivant dans un milieu salubre ; tandis que dans ces foyers de maladie, d'infection, qu'on appelle hôpitaux, les enfants, surtout en cas d'épidémie de fièvre puerpérale, sont exposés à cette terrible intoxication qui se traduit par la péritonite, l'omphalite, la suppuration des vaisseaux ombilicaux et les érysipèles. On ne saurait donc juger de ce qui se passe dans le monde d'après la pratique des hôpitaux. Quoi qu'il en soit, lorsque la mamelle est le siège d'un phlegmon simple, et que l'enfant n'est pas sous l'influence d'une affection nosocomiale, ce phlegmon peut ne pas présenter de gravité, et c'est, on peut le dire, ainsi que les choses se comportent dans la grande majorité des cas. L'emploi des topiques émollients et l'ou-

(1) *De la sécrétion du lait chez les enfants nouveau-nés, et des accidents qui peuvent l'accompagner* (Arch. gén. de méd., novembre 1853).

(2) *Mémoires de la Société de biologie*, 1856.

(3) *Loc. cit.*

ouverture de l'abcès en temps utile, à l'aide de la lancette, sont les seuls moyens qui conviennent; dans aucun cas et sous aucun prétexte, il ne faut avoir recours aux émissions sanguines chez les enfants nouveau-nés. Il n'existe pas de traitement particulier de l'érysipèle chez les nouveau-nés. Que cet érysipèle soit symptomatique d'un état infectieux, ou qu'il soit purement accidentel, local, en tout cas, la seule préoccupation du médecin doit être de diminuer la douleur par des lotions émollientes, ou l'application de cataplasmes ou de corps gras, l'usage modéré des bains tièdes, et surtout de fortifier l'enfant contre son mal en le maintenant au contact d'une bonne nourrice.

### ARTICLE III.

#### TUMÉFACTIONS DOULOUREUSES PARTICULIÈRES A L'ADOLESCENCE ET A LA PUBERTÉ.

Il y a un autre moment de la vie où se produisent des engorgements du sein d'une espèce particulière, et distincts de ceux qui se montrent chez les femmes. Nous voulons parler de l'adolescence. Il n'est pas rare d'observer, chez des enfants qui arrivent à la puberté, un engorgement de l'un des seins, ou de tous les deux à la fois. Il se produit une tuméfaction douloureuse, soit spontanément, soit à l'occasion d'une cause traumatique légère, comme le frottement de la bretelle par exemple.

Ces engorgements sont, en général, assez douloureux, et persistent quelquefois pendant plusieurs semaines; ils ne donnent pas lieu, le plus souvent, à de la fièvre. Cependant il peut arriver qu'il y ait, en pareil cas, un léger mouvement fébrile, et qu'il se produise un phlegmon.

Ce n'est pas seulement à l'âge de douze ou de quatorze ans que ces faits se produisent; on en voit des exemples chez les jeunes soldats, c'est-à-dire vers l'âge de vingt ou vingt-deux ans. Quelquefois il existe en même temps une orchite. Les frictions avec des corps gras, les cataplasmes, les bains, des purgations douces, doivent seulement être employés en pareil cas.

### ARTICLE IV.

#### ENGORGEMENT DES MAMELLES.

Quel que soit le sens que l'on attache au mot *engorgement*, et quelle que soit la théorie à l'aide de laquelle on explique l'intumescence rapide d'un organe comme la mamelle, il n'en faut pas moins accepter comme certain que cet organe augmente rapidement de volume, et devient cause de gêne et de douleurs dans diverses circonstances. Il y a un engorgement physiologique, suivant l'expression de M. Velpeau, c'est celui qui survient à l'approche des règles, surtout chez les jeunes femmes et chez les demoiselles. La grossesse et certains troubles menstruels sont aussi des circonstances qui amènent des changements dans le volume des seins. Dans ces cas, dit M. Velpeau (1), « la gorge prend un excès de volume, de densité, de sensibilité notable dans l'espace de quelques jours, et souvent de quelques heures. A

(1) *Traité des maladies du sein*, 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1858, p. 186.



cet excès de volume se joignent un peu plus de chaleur et un peu plus de sensibilité qu'à l'ordinaire; le mamelon proémine, se colore davantage, et la teinte brune de son auréole augmente en même proportion. Toute la mamelle, en un mot, éprouve un excès de tension. Cet engorgement que j'appelle *physiologique*, parce qu'il se rattache aux fonctions même du mystère génital, et qu'il ne mérite pas en réalité le nom de maladie, se dissipe presque toujours au bout de quelques heures ou de quelques jours; indisposition très passagère, rarement il se prolonge au delà d'une semaine. Comme certaines femmes en sont cependant assez incommodées, il est bon de savoir qu'on le calme, qu'on l'éteint, à l'aide de topiques, soit résolvants, soit stupéfiants, ou narcotiques. Des linges imbibés d'eau de Saturne, des onctions avec les liniments ou la pommade chargés de préparations opiacées, de belladone ou de jusquiame, en triomphent d'ordinaire très rapidement. Quelques bains mucilagineux, un peu de camphre en lavement et des boissons acidulées le calment également. On n'en viendrait à l'opium, à une saignée, à des sangsues autour du sein, que si les mamelles étaient assez sensibles pour causer de l'insomnie.

Nous ne parlerons pas ici de l'engorgement chronique qui le plus souvent masque un travail inflammatoire sourd et profond, ou le développement d'une affection organique de la mamelle.

## ARTICLE V.

### ENGORGEMENT LAITEUX.

#### § I. — Considérations générales.

Le gonflement des seins, par suite de l'accroissement de l'activité fonctionnelle qu'y occasionnent la grossesse et l'allaitement, est un fait physiologique; mais cet état normal devient facilement anormal lorsque le gonflement dépasse certaines limites. Il y a alors une gêne et une tension très pénibles, la mamelle devient énorme, et, chez les femmes qui ne donnent pas le sein à leur enfant ou qui ont le mamelon mal conformé, l'engorgement fait des progrès constants et rapides. Que la succion des seins ou un écoulement naturel ont lieu, l'engorgement est assez facilement dissipé. Dans le cas contraire, la mamelle devient dure, tendue, la peau enflamme et brillante à ce niveau; la glande paraît comme bosselée et collée sur la poitrine, elle est privée de mobilité; une teinte rouge ou bleuâtre se prononce, et il survient de la fièvre.

#### § II. — Causes.

Parmi les *causes* de cet engorgement il faut citer d'abord les refroidissements, les coups d'air, les gerçures du mamelon, l'impossibilité de donner à teter, le travail, la montée trop rapide du lait.

#### § III. — Terminaison.

La *terminaison* est ou la résolution, ou un abcès. Le premier mode de terminaison est le plus fréquent. Le second a cela de fâcheux que les abcès de la mamelle sont, en raison même de la structure anatomique de cet organe, situés profondément, isolés les uns des autres, et que le pus se fait difficilement jour au dehors. C

Les accidents sont par conséquent douloureux et lents à guérir. En outre, la lactation est fort compromise, et par suite la santé des nouveau-nés éprouve un dommage considérable. Nous ne traiterons pas ici du phlegmon de la mamelle, dont on trouvera la description dans les livres de chirurgie.

#### § IV. — Traitement.

Le traitement le plus rationnel au début est de faire dégager les seins par un enfant assez vigoureux et assez exercé pour que les premières difficultés de succion ne le rebutent pas. Les liniments suivants sont employés avec succès.

Eau de laurier-cerise.....	60 gram.
Extrait de belladone.....	3 gram.
Ether.....	30 gram.

M. Velpeau recommande la formule suivante :

Huile d'amandes douces.....	100 gram.
Extrait de belladone. ....	1 gram.
Ammoniaque.....	4 gram.
Camphre.....	2 gram.
Jaunes d'œufs.....	n° 2.
Ether.....	2 gram.

Lorsque les accidents ne disparaissent pas, et qu'il y a menace de phlegmon, avec réaction intense, fièvre, douleurs vives, on peut avoir recours aux émissions sanguines et aux cataplasmes arrosés de quelques gouttes de laudanum. Les purgatifs, surtout si la femme ne doit pas allaiter, seront aussi employés avec avantage.

### ARTICLE VI.

#### HYPERTROPHIE DES MAMELLES.

##### § I. — Considérations générales.

L'hypertrophie des mamelles peut affecter les deux seins ou l'un des seins seulement, ou même une partie de l'un des seins. Cependant il est plus habituel de voir cette maladie se montrer sur les deux seins à la fois. Le mot *hypertrophie* n'a pas un sens tellement défini, qu'on puisse se dispenser de le déterminer. Par là on entend l'augmentation de volume, soit de la masse d'un organe, soit de ses éléments constitutifs ; cependant, à la mamelle, il y a lieu de faire une distinction qui a de l'importance. L'augmentation de volume des seins peut porter sur tout ou partie des éléments complexes qui entrent dans la composition de ces organes. La graisse peut prédominer, la glande elle-même et le tissu fibreux qui en forment la trame peuvent s'hypertrophier. Dans l'hypertrophie en masse, les mamelles conservant leur proportion et leur forme, tout en croissant énormément, les choses se comportent comme nous venons de le dire. Quant à l'accroissement en volume des éléments glandulaires seuls, des culs-de-sac et de l'épithélium de la glande, et à leur multiplication avec déformation, c'est un genre de lésion qui appartient surtout à

l'hypertrophie partielle, et qui rentre dans un ordre de faits que nous n'aborderons pas ici ; c'est dans les livres de chirurgie, à l'article *tumeur (adénoïde)*, qu'il faut chercher la description de cette maladie.

## § II. — Anatomie pathologique.

M. Scanzoni (1) définit ainsi l'hypertrophie dont nous avons à nous occuper : « L'hypertrophie générale des mamelles peut amener une augmentation énorme de poids et de volume ; elle porte ordinairement sur les deux organes. L'excès de volume est dû principalement à l'accroissement du tissu adipeux, l'hypertrophie du parenchyme glandulaire n'y est que pour une part très secondaire. Sur la surface de section, les tissus sont ou bien très vascularisés, sillonnés en tous sens par des vaisseaux dilatés et gorgés de sang, ou bien, au contraire, très anémiques et très secs. Le premier de ces deux états se rencontre surtout lorsque la maladie s'est développée rapidement chez des sujets jeunes ; les conduits galactophores et les lobules de la glande sont alors ordinairement agrandis ; les premiers sont dilatés et quelquefois remplis de lait. La mamelle hypertrophiée est au contraire anémique, lorsque l'affection n'a fait que des progrès très lents. » Suivant M. Velpeau (2), l'hypertrophie des mamelles, dont il est ici question, doit prendre le nom d'*hypertrophie diffuse*. Cette altération a été désignée sous les noms de *grosses mamelles*, *mamelles éléphantiasiques*. D'après cet auteur, l'hypertrophie peut porter isolément sur le tissu adipeux ou sur la glande proprement dite, ou bien sur l'élément fibreux ; dans d'autres cas, l'hypertrophie comprend à la fois les trois tissus. Cette hypertrophie peut atteindre des proportions considérables.

## § III. — Fréquence.

On ne trouve pas dans les auteurs de statistique sérieuse à cet égard. En réalité, ce genre de lésion paraît rare ; elle est, à ce qu'il semble, plus fréquente aux Indes, en Amérique, en Égypte, en Angleterre et en Allemagne.

## § IV. — Causes.

L'âge exerce une certaine influence sur l'hypertrophie des mamelles. A. Cooper pense que cette affection se développe principalement entre trente et trente-cinq ans ; cependant il en cite un cas observé sur une jeune fille de quinze ans. Le *célibat*, suivant le même auteur, pourrait être considéré comme une cause prédisposante de cette affection. Pour M. Scanzoni (3), il existerait une connexion entre cet état morbide et certains troubles des fonctions générales : la suppression subite des règles a souvent été accusée d'en être la cause ; cet auteur pense que quelquefois le développement physiologique des glandes mammaires à l'âge de puberté, pendant la grossesse et la lactation, peuvent, en s'exagérant, être la cause première d'une nutrition anormale. Il est rare, suivant le même auteur, que l'hypertrophie des mamelles soit précédée d'inflammation.

M. Velpeau dit n'avoir pas vu d'exemple de cette lésion avant quinze ans, ni après quarante ans.

(1) *Traité pratique des maladies des organes sexuels*. Paris, 1858.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*

On voit, par ce qui précède, que les causes de l'hypertrophie des mamelles sont mal connues, mais que quelques auteurs les rapportent volontiers à des modifications survenues dans les fonctions génitales.

#### § V. — Symptômes, marche, terminaison.

Le début de l'hypertrophie ne présente aucune particularité digne d'être notée, et cet accroissement de volume n'est point douloureux d'abord ; aussi n'existe-t-il dans les premiers temps aucune préoccupation. Cependant, lorsque la marche de l'affection est assez rapide, il y a une sensation de tiraillement, et des douleurs névralgiques s'irradient vers l'aisselle ; quelquefois la peau, au début, est rouge et douloureuse au toucher ; peu à peu, suivant M. Scanzoni (1), les douleurs cessent, et l'accroissement de la mamelle fait des progrès plus lents. Lorsque le volume est considérable, les malades éprouvent une gêne qu'il est facile de comprendre. On a vu, en effet, une seule mamelle acquérir le poids énorme de 30 livres ; ces organes tendent alors à se pédiculer et peuvent pendre jusqu'au niveau des genoux. Parmi les symptômes propres à cette affection, les plus intéressants sont ceux qui se montrent du côté des organes génitaux. D'après M. Velpeau, en pareil cas, « les règles perdent de leur abondance, et ne reviennent pas à des époques aussi exactes ; souvent même elles se suppriment tout à fait (2). »

Le *pronostic* est en général fâcheux. Il faut d'abord tenir compte de la difformité et de la gêne qui résulte de ce poids considérable ; en outre, l'expérience montre que les dégénérescences ou altérations organiques des éléments du sein se produisent souvent en pareil cas ; enfin il peut résulter, de l'affection seule, un amaigrissement, un trouble profond des fonctions digestives et le marasme. Lorsque la maladie a fait des progrès notables, la guérison paraît difficile à obtenir. Un fait important à signaler, c'est que cette hypertrophie a été notée comme étant un obstacle à la conception.

#### § VI. — Traitement.

Le *traitement* qui a été le plus employé dans ces dernières années est l'iode, qui paraît jouir de la propriété d'atrophier certaines glandes, surtout les mamelles. L'iode, l'huile de foie de morue, l'huile iodée, la ciguë, l'iodure de potassium, l'iodure de fer, paraissent à M. Velpeau les meilleurs remèdes à employer dans les premiers temps. On a conseillé la compression méthodique. L'extirpation de la mamelle est une opération grave, et à laquelle il ne faut avoir recours que dans des cas où cette dernière ressource paraît, en raison du bon état des malades, devoir offrir des chances suffisantes de succès, et aussi dans des conditions déterminées, ainsi que l'indique très bien M. Velpeau. Ce chirurgien ne propose l'extirpation que chez les malades où la tumeur, plus ou moins mobile, est pendante et douée d'une sorte de racine, c'est-à-dire quand l'hypertrophie porte plutôt sur le tissu glanduleux que sur les autres éléments de la région, ou quand les téguments sont assez souples, assez sains pour permettre d'en conserver la quantité, l'étendue nécessaires au rapprochement des lèvres de la plaie.

(1) *Loc. cit.*

(2) *Traité des maladies du sein*. Paris, 1838, p. 210.

## ARTICLE VII.

DOULEURS NÉVRALGIQUES DES MAMELLES (*mastodynie*).

## § I. — Considérations générales.

Nous ne traiterons pas ici des douleurs provoquées et entretenues par la présence d'une tumeur du sein : or, on sait qu'un grand nombre de tumeurs, principalement les tumeurs dures, squirrheuses, peuvent donner lieu à des douleurs vives. Nous laisserons également de côté la question, d'ailleurs importante, des névromes, du moins de ces petites tumeurs insignifiantes et bénignes en elles-mêmes, mais dont le développement en certains points, peut-être sur le trajet des nerfs sensibles, donne lieu à des douleurs. Cette maladie est purement chirurgicale, et l'ablation de ces tumeurs est le seul remède efficace.

Il existe une autre affection du sein, consistant dans des douleurs névralgiques qui ne paraissent pas tenir à une tumeur ni à une altération locale quelconque, et qui sont sympathiques ou constitutionnelles. Nous en dirons quelques mots.

## § II. — Causes, siège.

On doit supposer à priori que le siège de ces douleurs névralgiques est dans les nerfs sensibles qui se distribuent à la mamelle, mais il n'est pas toujours facile d'en limiter exactement le siège : ainsi M. Velpeau avoue avoir en pareil cas exploré en pure perte avec les doigts le trajet des nerfs intercostaux et des filets venant du plexus cervical. Tout ce que l'on peut dire, c'est que ces douleurs partent rarement d'un point précis, qu'elles sont habituellement sans siège fixe, et que la mamelle tout entière, et quelquefois les régions voisines, sont endolories. Tous les auteurs sont d'accord pour dire que cette affection ne se rencontre que chez les jeunes femmes de vingt à quarante ans, principalement les chlorotiques, ou dans les cas de dysménorrhée : en un mot, dans les conditions où se rencontre la névralgie, quel qu'en soit le siège. Les femmes nerveuses, irritables, impressionnables, celles en un mot qui sont affectées de névrosisme, y sont surtout prédisposées. M. Velpeau, qui s'est occupé de cette maladie en 1838, et plus récemment en 1858 (1), pense qu'elle se rencontre souvent vers l'âge de retour et chez les femmes de trente à quarante ans.

## § III. — Diagnostic, symptômes, marche.

Le *diagnostic* de cette affection ne présente pas de difficultés sérieuses. Il ne faut pas s'attendre à trouver en pareil cas une modification dans le volume, la forme, la coloration de la mamelle, pas plus qu'il n'existe de modification apparente des tissus dans les cas de névralgie en général. Le caractère de la douleur est l'irradiation en divers sens, soit vers l'épaule, l'aisselle, la hanche, soit en arrière, au dos ; il n'est pas rare de voir tout un côté du corps occupé par la névralgie. Ces douleurs sont rarement continues ; le plus souvent elles sont inter-

(1) *Traité des maladies du sein*, p. 321.

mittentes ou rémittentes, s'exacerbant à de certaines heures ; quelquefois elles sont continuellement intermittentes et reviennent à époque fixe. L'intensité de ces douleurs varie considérablement ; elles sont tantôt profondes, confuses, vagues ; d'autres fois excessivement intenses, et réclament l'intervention active de l'art. Il ne paraît pas que ces douleurs soient fréquemment accompagnées de fièvre. La marche de cette affection est variable. Ce qu'on en peut dire de plus certain, c'est que deux grandes causes en modifient la durée et l'intensité, c'est l'état de l'esprit et celui des fonctions menstruelles, dont le retour peut mettre fin à la maladie.

Le pronostic doit donc se tirer ici de circonstances prises en dehors de l'état de la mamelle elle-même. Si l'on a affaire à une jeune femme bien constituée dont les règles éprouvent du retard, on n'ignorera pas que le retour de ce flux peut faire cesser les accidents. S'il s'agit d'une femme de quarante à quarante-cinq ans, arrivée à l'époque de la ménopause, le pronostic sera moins favorable et ne s'appuiera que sur des données incertaines. Si la débilité de la constitution, la chlorose, paraissent dominer l'état local, on aura dans la thérapeutique les moyens de modifier le pronostic. On ne cite pas d'exemples de névralgies de la mamelle ayant eu une issue funeste.

#### § IV. — Traitement.

Nous empruntons à M. Velpeau les indications suivantes pour le traitement (1) : « On a à invoquer ici les mêmes secours que pour toute autre névralgie : les bains généraux gélatineux, alcalins, sulfureux ; les narcotiques à l'intérieur ; le bismuth, le zinc, les antipériodiques, le sulfate de quinine en particulier ; les eaux, les préparations ferrugineuses ; tout ce qui peut régulariser la menstruation, le mariage, les distractions, les voyages, les changements d'habitude ou de régime..... » Le médecin doit s'appliquer avant tout à calmer les inquiétudes des malades et les soustraire à l'idée qu'elles se font de la gravité et de l'incurabilité de leur maladie. Les moyens locaux qui paraissent avoir donné les meilleurs résultats sont les frictions avec le liniment ammoniacal, avec une pommade belladonnée, les petits vésicatoires volants, etc. M. Velpeau recommande comme très efficace une pratique, fort simple du reste, qui consiste dans un bandage destiné à tenir relevée la mamelle et à la comprimer légèrement. Ce moyen a suffi dans plusieurs cas pour amener un soulagement notable, et même pour faire disparaître les douleurs névralgiques. ]

(1) *Traité des maladies du sein*, p. 323.



# LIVRE ONZIÈME.

## Maladies du tissu cellulaire, de l'appareil locomoteur et des organes des sens.

Nous étudierons dans quatre sections distinctes : 1° les maladies du tissu cellulaire ; 2° celles du système locomoteur ; 3° celles de l'oreille ; 4° et enfin les affections de la peau.

### SECTION PREMIÈRE.

#### MALADIES DU TISSU CELLULAIRE.

Nous décrirons seulement l'œdème des nouveau-nés et l'anasarque.

#### ARTICLE I<sup>er</sup>.

##### OEDÈME DES NOUVEAU-NÉS.

On a voulu rattacher à cette affection un fait rapporté par Uzembézus (1) ; mais, en examinant l'observation, on voit qu'il est question dans ce fait de l'endurcissement du tissu cellulaire, du moins c'est là ce qui est le plus probable, car l'observation est très incomplète. Plus tard, Underwood (2) a eu également en vue l'endurcissement adipeux. Il faut arriver aux recherches d'Andry (3) et d'Auvity (4) pour avoir des renseignements un peu utiles sur l'affection qui nous occupe. Plus tard, M. Trochon (5), A. Dugès (6), Denis (7), Léger (8), Palletta (9), et surtout Billard (10), nous ont donné des recherches importantes sur cette affec-

(1) *Éphémérides des curieux de la nature*, 1718.

(2) *Traité des maladies des enfants*. Paris, 1833, t. II, p. 624.

(3) *Recherches sur l'endurcissement du tissu cellulaire* (*Mém. de la Soc. royale de méd.*, 1785, p. 207).

(4) *Ibid.*, 1788, p. 122.

(5) *Essai sur les maladies des enfants nouveau-nés*, thèse. Paris, 1814.

(6) *Dissertation sur quelques maladies peu connues des enfants nouveau-nés*, thèse. Paris, 1821.

(7) *Recherches d'anatomie et de physiologie pathologique sur plusieurs maladies des enfants nouveau-nés*. Commercy, 1826.

(8) *De l'endurcissement du tissu cellulaire*, thèse. Paris, 1823.

(9) *Exercit. pathologicæ*. Mediolani, 1820, p. 123.

(10) *Traité des maladies des enfants*. Paris, 1837, in-8°.

tion du premier âge de la vie. En 1835, nous avons publié (1) nos premières observations sur cette affection, et nous les avons complétées dans notre ouvrage sur les maladies des enfants nouveau-nés (2).

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

C'est une affection consistant dans un œdème étendu, accompagnée ou non, à une certaine époque, de l'endurcissement du tissu adipeux, et dans laquelle on remarque la stase du sang veineux et une torpeur plus ou moins considérable de toutes les fonctions.

On a donné à cette maladie les noms d'*endurcissement*, d'*induration du tissu cellulaire* ; d'*œdème compacte*, d'*œdème algide*, de *squirrhosarque*, de *sclérème*, de *sclérémie*. Nous l'avons d'abord désignée sous le nom d'*asphyxie lente des nouveau-nés*, mais plus tard nous lui avons conservé celui d'*œdème des nouveau-nés*, généralement admis.

La *fréquence* de cette affection est assez grande dans les hospices des nouveau-nés, et très peu considérable, au contraire, dans la pratique civile. Nous verrons plus loin à quelle cause il faut attribuer cette différence.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

Parmi les causes prédisposantes, nous trouvons d'abord la *faiblesse* de l'enfant. Presque tous les avortons que l'on observe à l'hospice des Enfants trouvés offrent un œdème souvent fort étendu. Cependant on ne peut pas admettre que cette cause soit nécessaire, puisque des enfants parfaitement développés présentent parfois la même affection.

*Age.* — Cette affection ne se montre que chez les enfants tout nouvellement nés. Si l'on a avancé le contraire, c'est qu'on s'est laissé tromper par une autre affection.

*Sexe.* — Toutes les fois qu'on a tenu compte du sexe des malades, on a trouvé un nombre beaucoup plus considérable de garçons que de filles. Cette circonstance tend à faire penser que la *difficulté de l'accouchement*, qui, comme on le sait, est plus grande pour les garçons que pour les filles, et sans doute l'*état de congestion* plus considérable dans lequel se trouvent les premiers, ne sont pas sans influence sur la production de la maladie. Toutefois c'est un point qui demande de nouvelles observations.

Les *saisons* ont une influence évidente sur le développement de la maladie. En réunissant, en effet, les cas que nous avons observés à ceux qui ont été rapportés par Billard, on trouve que, sur 515, 339 s'étaient montrés dans les six mois les plus froids de l'année. Nous allons voir tout à l'heure comment agit le froid, qui est la principale cause déterminante.

(1) *De l'asphyxie lente chez les enfants nouveau-nés*, thèse. Paris, 1835.

(2) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838, in-8°, p. 601.

## 2° Causes occasionnelles.

La seule cause occasionnelle qui soit bien connue est l'action du *froid*. Parmi les enfants qui viennent de la Maternité à l'hospice des Enfants trouvés, il en est fort peu qui présentent l'œdème des nouveau-nés ; et ceux qui sont dans ce cas sont presque tous des avortons. Or on sait que les enfants qui viennent de la Maternité sont transportés avec tous les soins convenables ; ceux qui viennent de la ville, au contraire, sont très souvent mal vêtus, et font un long trajet sans être protégés contre le froid.

Les enfants œdémateux appartiennent presque tous à la classe pauvre : on pourrait supposer que le défaut de *soins hygiéniques*, autres que la préservation du froid, a une certaine influence sur le développement de la maladie ; mais cette circonstance, que l'œdème se montre ordinairement dans les temps froids, prouve que la cause que nous avons admise est la seule évidente.

## § III. — Symptômes.

Le symptôme capital, caractéristique de la maladie, est l'œdème. Quelques auteurs ont prétendu que l'affection dont il s'agit peut avoir lieu sans œdème ; de ce nombre sont MM. Bouchut (1) et Thirial (2). Nous avons démontré ailleurs (3) que l'opinion de ces auteurs est la conséquence de la confusion qui existait dans la science avant les dernières recherches.

L'infiltration se manifeste, comme nous l'avons dit plus haut, dans les premiers jours qui suivent la naissance. Nous ne l'avons jamais vue survenir après le troisième jour. Les cas cités par Naudau (4), et dans lesquels l'œdème se serait montré chez des enfants âgés de quatre mois et plus, appartiennent à une autre affection. Il en est de même du cas de sclérème observé par M. Thirial chez un adulte.

L'œdème envahit d'abord les extrémités inférieures. Hulme (5) a prétendu que l'infiltration n'a pas de point de départ fixe ; mais cet auteur n'a pas eu en vue une affection bien déterminée.

Les pieds présentent d'abord une saillie à leur face dorsale ; puis la face plantaire devient à son tour saillante, et quelquefois au point d'avoir la *forme de dos d'âne*. Les jambes présentent une dureté légèrement pâteuse. Bientôt les mains et les avant-bras sont envahis de la même manière ; ensuite la face se tuméfie en même temps que les cuisses et les bras ; puis le scrotum ou les grandes lèvres, le pénis, l'hypogastre ; enfin le tronc est le dernier atteint, et le plus souvent il n'est pas envahi par l'œdème.

L'enfant est alors bouffi ; les paupières se gonflent au point de devenir quelquefois demi-transparentes.

Dans cet œdème, comme dans toutes les infiltrations du tissu cellulaire sous-cutané, les parties affectées *conservent l'empreinte du doigt* ; seulement, comme

(1) *Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*. 2<sup>e</sup> édition, Paris, 1855, p. 708.

(2) *Du sclérème chez les adultes, etc.* (Journ. de méd., 1843).

(3) *Archives générales de médecine*.

(4) *Mémoires de la Société royale de médecine*, 1788.

(5) *De indur. telæ cellul. in rec.-nator. corp., etc.* (Mémoires de la Soc. royale de méd., 1788).

L'infiltration a lieu ordinairement d'une manière très rapide, cette empreinte demande une assez grande force de pression pour être produite, et disparaît promptement. C'est ce qui a trompé quelques auteurs qui ont tiré de fausses conséquences de leur expérimentation incomplète. Ils ont cru que la peau ne conservait pas la moindre trace de la pression, et ils en ont conclu que le tissu était non œdémateux mais endurci, ou bien que le liquide infiltré était congelé, épais, etc. Ce qui prouve qu'il n'en est rien, c'est qu'avec une pression forte et persistante, on rend l'empreinte très marquée et assez lente à se dissiper.

On a dit aussi que la peau ne peut pas se plisser, et paraît adhérente au tissu sous-jacent; le fait est inexact. Dans les premiers moments, lorsque l'œdème est peu considérable, on peut faire facilement des plis à la peau, et plus tard on peut encore, quoique difficilement, la faire glisser sur les parties qu'elle recouvre. Toutes ces erreurs viennent de ce qu'on n'a pas distingué l'œdème de l'endurcissement œdémateux : confusion dans laquelle quelques médecins voudraient nous faire retomber.

Quelquefois on trouve un des côtés du corps beaucoup plus infiltré que l'autre. C'est une simple conséquence de l'action de la pesanteur, comme il est facile s'en assurer. En laissant, en effet, l'enfant couché sur un côté pendant vingt-quatre heures, on voit ce côté s'infiltrer beaucoup plus, et *vice versa*.

Lorsqu'on peut assister au commencement de la maladie, ce qui est fort rare, on est d'abord frappé de la *coloration des téguments*. La peau a une couleur violente plus ou moins foncée, remarquable surtout aux extrémités et à la face. Dans cette dernière partie, une teinte bleue se mêle à la coloration violette, et ce surtout les lèvres qui prennent la couleur bleuâtre. Dans quelques cas, néanmoins les joues présentent une coloration d'un rouge assez vif. Le corps est partout d'un rouge foncé, ou bien couvert de larges taches violacées séparées par des intervalles plus clairs et parfois blanchâtres.

A une époque plus avancée de la maladie, cette coloration change ordinairement d'une manière très frappante. La face jaunit, sans en excepter les sclérotiques dans quelques cas, et le corps participant à cette coloration, l'enfant devient d'un jaune terne dans toutes ses parties.

Un autre phénomène remarquable, c'est que la *température du corps* tout entier est notablement abaissée, et plus aux extrémités que partout ailleurs. M. H. Langer, dans un mémoire intéressant (1), a étudié d'une manière beaucoup plus précise qu'on ne l'avait fait avant lui cet abaissement de la température chez les enfants œdémateux. Il résulte des recherches de cet auteur que la calorification est diminuée même dans l'intérieur de la bouche, et que le degré de température moyenne normale étant 37°,08) peut descendre à 33 degrés et même à 26 degrés. Ce refroidissement va croissant à mesure que la maladie fait des progrès.

Si maintenant nous passons en revue l'état des diverses fonctions, nous les trouverons toutes dans une torpeur plus ou moins grande, suivant que la maladie est plus ou moins intense et qu'elle est parvenue à une époque plus ou moins avancée.

La *circulation* est toujours faible et embarrassée. Il est très difficile de comp

(1), *De la température chez les enfants* (Arch. gén. de méd., 4<sup>e</sup> série, 1844, 1845, VI, VII, VIII, IX).

le *pouls*, tant à cause de la faiblesse des pulsations que de l'œdème qui empêche de sentir distinctement l'artère. Le nombre des pulsations, dans les cas où l'on pu les compter convenablement, ne s'est guère élevé au-dessus de 72 ; il est souvent de 60. Nous avons trouvé les *battements du cœur* assez distincts dans le grand nombre des cas, et les bruits médiocrement sonores. Quelquefois ils sont obscurs et ralentis.

La *respiration* est toujours plus ou moins embarrassée ; mais l'embarras est différent suivant les cas. Le plus souvent le nombre des inspirations est moins considérable qu'à l'état normal. Quelquefois, au contraire, il est plus considérable ; presque toujours alors il y a complication de pneumonie, ou du moins d'engouement pulmonaire. Ces résultats, auxquels nous étions parvenu par l'analyse de nos observations, ont été confirmés par les recherches de M. Roger. Les inspirations sont pénibles, courtes, et dans leur intervalle la poitrine retombe dans une immobilité presque complète. Quelquefois la respiration est si faible, qu'on la distingue à peine. Dans quelques cas, on note une véritable anhélation, mais c'est dans les cas compliqués.

Le *cri* est important à étudier ; ses caractères ont frappé tous les observateurs. Lorsque l'affection a fait de grands progrès, il est aigu, entrecoupé, extrêmement faible, souvent étouffé et voilé. Dans les cas légers, le cri est presque à l'état normal, et même dans ceux où il est le plus altéré, si l'on excite fortement l'enfant, il finit par prendre de la force et de la gravité.

La coloration violacée que nous avons notée à la face se fait remarquer jusqu'à dans l'intérieur de la *bouche* ; la langue est humide et participe au refroidissement général. L'enfant ne manifeste aucun désir de boire et de manger ; il n'exerce que de très faibles mouvements de succion quand on lui introduit le doigt dans la bouche. Du reste, il n'y a aucun symptôme remarquable du côté du *ventre*.

A ces symptômes il faut joindre l'engourdissement de toutes les *sensations*. Il est tel, que, si l'on abandonnait les petits malades, ils succomberaient sans se plaindre, lorsque la maladie a débuté avec une certaine gravité. Chez quelques-uns, la sensibilité paraît fort obtuse, et ordinairement elle l'est assez pour que, pendant l'exploration, il n'y ait pas d'agitation notable.

Les *mouvements* sont lents, difficiles à provoquer par les excitations de toute espèce ; mais nous n'avons observé ni tétanos ni trismus, et c'est sans doute par erreur que quelques auteurs ont signalé ces convulsions comme appartenant à l'œdème des nouveau-nés.

Un phénomène remarquable, c'est l'*occlusion permanente des paupières* dans tous les cas d'une certaine gravité. Elle ne dépend pas de l'infiltration, car on l'observe lorsque les paupières sont parfaitement libres, aussi bien que quand elles sont œdématiées. Dans les cas légers, lorsqu'on expose les petits malades à une lumière vive, ils entr'ouvrent les yeux, mais les referment bientôt.

Dans les derniers jours, lorsque l'affection doit se terminer par la mort, l'œdème envahit tout le corps, excepté la poitrine ; le froid devient intense, surtout aux extrémités ; une écume sanguinolente s'échappe de la bouche, dans un assez grand nombre de cas ; quelquefois on voit de la sérosité, également sanguinolente, s'écouler par le nez et quelquefois aussi s'échapper d'entre les paupières, et bientôt le malade s'éteint sans agonie pénible. Dans un certain nombre de cas, des com-

tations, et surtout l'inflammation des poumons, viennent ajouter leurs symptômes précédents, et hâter la mort.

*Lorsque la maladie tend à la guérison*, la respiration devient d'abord plus facile, puis la circulation prend de la force ; l'enfant se réveille, ouvre les yeux, ou fait des efforts pour les ouvrir si l'œdème des paupières s'y oppose ; puis il boit, et avec plus d'avidité ; le cri prend de la force ; l'œdème diminue aux paupières, aux avant-bras, puis à l'hypogastre, aux cuisses, et enfin disparaît complètement. Quelquefois néanmoins les progrès vers le mieux s'arrêtent, et, après avoir languissant un assez long temps (quinze à vingt jours dans quelques cas), l'enfant finit par succomber, avec ou sans complications.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est continue et ordinairement rapide. Dans quelques cas néanmoins, on voit momentanément les symptômes s'amender, puis l'affection reprendre sa marche progressive, quoique avec plus de lenteur. Les périodes admises au nombre de trois par M. Denis, et de deux par M. Blanche, n'existent réellement pas.

La *durée* de cette affection est ordinairement courte. On voit les enfants succomber au bout de trois, quatre ou cinq jours, et même avant s'ils ont une faiblesse congénitale très grande. Quelquefois cette durée est de plus de vingt jours.

Cette affection se termine presque toujours par la mort ; ce qu'il était facile de prévoir en songeant que les enfants qui la présentent sont pour la plupart très débiles, et que quelques-uns sont de véritables avortons. A l'article du *traitement*, nous ferons connaître les cas terminés par la guérison.

#### § V. — Lésions anatomiques.

On a signalé des *lésions anatomiques* très diverses comme appartenant à l'œdème des nouveau-nés.

Dans tous les cas, sans exception, on trouve une infiltration séreuse plus ou moins abondante. La sérosité qui s'écoule des incisions faites au tissu cellulaire sous-cutané est en grande quantité, légèrement visqueuse et d'un jaune plus ou moins vif. Le tissu adipeux se présente sous forme de grains séparés par des lames de tissu cellulaire infiltré, et ces grains sont très éloignés les uns des autres lorsque l'infiltration est portée à son plus haut degré. Le tissu lamelleux sous-aponeurotique est très distendu par la sérosité ; le tissu cellulaire intermusculaire ne présente, au contraire, aucune trace d'infiltration. Dans les cas où l'on a trouvé le contraire, on a confondu avec l'œdème qui nous occupe une infiltration d'une autre nature. Le derme est souple au-dessus des points œdématisés, et ses vaisseaux contiennent beaucoup de sang noir.

Dans un certain nombre de cas, les enfants œdématisés présentent, dans quelques points, un endurcissement du tissu adipeux qui contraste avec l'œdème que nous venons de décrire. Dans ces points, la peau est blanche et ne contient pas de sang. Elle semble collée sur les parties sous-jacentes, qui sont très denses, sa



humidité, et où l'on voit les grains du tissu adipeux serrés les uns contre les autres, et séparés seulement par des lignes celluluses très déliées à la partie inférieure du panicule graisseux. C'est presque constamment dans des points qui ne sont pas habituellement envahis par l'œdème que se trouve cet état particulier du tissu adipeux.

Du côté des voies respiratoires, on trouve un engorgement sanguin considérable, quelquefois l'engouement des poumons et la pneumonie. Dans quelques cas, on rencontre des portions de poumon qui n'ont pas respiré.

Chez quelques sujets, il y a épanchement de sérosité, en petite quantité, dans les plèvres, mais aucune lésion inflammatoire.

Le cœur et tous les gros vaisseaux, les veines surtout, sont gorgés de sang et presque toujours liquide.

Les organes digestifs ne présentent autre chose de remarquable qu'une injection considérable ; dans la moitié des cas, il y a une petite quantité de liquide dans le péritoine.

Le cerveau et ses membranes ne sont remarquables que par leur injection sanguine et leur infiltration séreuse.

Les reins ne nous ont offert rien de remarquable. Postérieurement à nos recherches, M. le docteur Charcellay a signalé une lésion des reins chez les nouveau-nés affectés d'œdème. Cette lésion consiste principalement dans un dépôt jaune occupant les cônes de la substance tubuleuse, et y formant des pinceaux très déliés. Ce dépôt n'est autre chose que de l'acide urique qui s'est déposé dans les tubes ; on l'a observé dans les cas les plus variés, et nous n'avons pas cru devoir en faire mention, parce qu'il ne constitue réellement pas une altération anatomique importante.

C'est surtout d'après les altérations qu'on a trouvées ou qu'on a supposées, que les auteurs ont établi la *nature de la maladie*. Uzembezius croyait qu'elle dépendait de la stase du sang et de son épaissement. La stase du sang existe, mais le liquide n'est pas épaissi : l'explication n'est, par conséquent, pas juste.

Underwood, et après lui Denmann, ont attribué la maladie à un spasme de la peau causée par une affection intestinale. Or cette affection n'existe pas ; et d'ailleurs ces auteurs n'ont eu en vue que l'endurcissement adipeux.

M. Trochon a regardé l'œdème, sans le distinguer de l'endurcissement adipeux, comme le résultat d'une pneumonie produite par le froid. Il suffit de faire remarquer, pour repousser cette explication, que la pneumonie n'est qu'une complication, qui même n'est pas fréquente.

Suivant Andry et Auvity, l'affection serait le résultat de la coagulation des suc séreux et adipeux. Cette explication prouve que ces deux auteurs confondaient tort dans une même description l'œdème et l'endurcissement adipeux. La coagulation des suc séreux n'est pas admissible, puisque, comme nous venons de le voir, la sérosité s'écoule par les incisions du tissu cellulaire, comme dans un œdème ordinaire.

Palletta voyait la cause de la maladie dans la flaccidité des poumons, d'où résulteraient la stase du sang et l'engorgement du foie. Mais nous savons que cette flaccidité du poumon n'existe pas ordinairement, et que si le foie est engorgé, il l'est pas plus que les autres organes.

M. Léger, qui croyait à la coagulation de la sérosité, et qui donnait à l'affecti-

nom d'*œdème compacte*, pensait que le sang était devenu plus séreux ; mais rien n'a prouvé l'exactitude de cette assertion.

Enfin tout démontre que M. Denis s'est trompé en attribuant l'œdème à une irritation du tissu cellulaire.

Si maintenant nous recherchons dans les faits, comme nous l'avons fait ailleurs (1), quelles sont les conditions organiques auxquelles nous devons rapporter la maladie, nous arrivons aux conclusions suivantes : « Dans tous les cas, sans exception, il y avait une gêne notable de la respiration ; cette gêne existait à un degré remarquable, même lorsque la maladie était légère. La faiblesse de la circulation n'était pas moins grande, et, sauf un cas où il y eut une pneumonie très étendue et à marche très rapide, le pouls, qui était inappréciable ou à peine senti, était d'une lenteur notable, ce dont on s'assurait en auscultant la région précordiale. Si nous rapprochons maintenant de ces lésions de fonctions la congestion sanguine générale, indiquée pendant la vie par la coloration livide de tout le corps, et après la mort par l'engorgement de tous les vaisseaux, nous aurons réuni les circonstances les plus remarquables de la maladie ; et tout porte à croire que c'est à ce trouble de deux fonctions importantes, et à la stase sanguine qui en est la suite, qu'il faut rapporter la production de l'œdème. »

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

On ne peut plus aujourd'hui confondre l'œdème avec l'*endurcissement adipeux* ; la différence, en effet, est aussi grande pendant la vie qu'après la mort. L'endurcissement adipeux ne se déclare que dans les derniers jours de l'existence, chez des sujets ayant une affection grave. C'est un symptôme de l'agonie, et même très souvent ce n'est qu'une lésion cadavérique, ce qui a été prouvé par des observations positives. Dans l'endurcissement adipeux, la peau est blanche, ou seulement parsemée de taches livides sur un fond blanc. Dans l'œdème, elle est violette. Le premier donne au toucher la sensation d'un tissu compacte ; le second donne la sensation d'un tissu plus ou moins souple, et l'empreinte du doigt s'y produit et s'y efface promptement. Chez les enfants œdémateux, on peut faire passer la peau sur les parties sous-jacentes ; il n'en est pas de même chez ceux qui présentent l'endurcissement adipeux. Enfin ces deux lésions se trouvent dans des instants différents. Si l'on rapproche ces caractères de ceux que nous a fournis l'inspection cadavérique, on voit qu'il n'y a pas de confusion possible.

Dans certains cas d'*érysipèle* chez les enfants nouveau-nés, le tissu sous-jacent est infiltré, et il en résulte le gonflement et la dureté des parties ; mais la marche de la maladie n'est pas la même. L'érysipèle occupe un membre isolé, ou les membres successivement ; il est souvent borné à l'abdomen. Il y a de la douleur, de l'agitation. La peau est rouge, épaissie ; la fièvre est considérable. Rien de semblable dans l'œdème. C'est donc bien à tort que quelques médecins allemands ont comparé cette maladie comme un érysipèle.

Dans ces dernières années on a cité des faits de *sclérème* chez l'adulte et l'on a voulu rapprocher cette affection de l'œdème des nouveau-nés. Dans l'histoire du sclérème, il ne sera pas difficile de démontrer que cette maladie n'a de commun

1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, p. 652.

**avec celle dont nous nous occupons ici que ce nom de sclérème donné à l'œdème des nouveau-nés. Ce sont deux affections essentiellement diffé-**

Il survient assez souvent chez les nouveau-nés une inflammation subaiguë d'une partie limitée, et surtout à la face et au cou. Cette lésion n'a rien de commun avec l'œdème que nous venons de décrire. D'abord elle est circonscrite à une partie qui n'est pas le premier affecté dans l'œdème ; puis elle survient à une période avancée d'une autre maladie ; enfin l'infiltration occupe jusqu'aux parties profondes. Il ne faut donc pas confondre l'œdème avec l'érysipèle, comme le fait Doublet, ni regarder l'inflammation subaiguë et circonscrite comme une complication des nouveau-nés, ainsi que l'a fait Billard.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

**1° Signes distinctifs de l'œdème des nouveau-nés et de l'endurcissement adipeux.**

ŒDÈME.	ENDURCISSEMENT ADIPEUX.
<i>Affection primitive.</i>	<i>Affection secondaire ; souvent sim cadavérique.</i>
<i>Peau violacée.</i>	<i>Peau blanche ou marbrée.</i>
<i>Tissus souples ; empreinte du doigt promptement effacée.</i>	<i>Tissus durs, empreinte du doigt produire, très lente à s'effacer.</i>
<i>On peut faire glisser la peau sur les parties sous-jacentes.</i>	<i>Peau comme adhérente.</i>
<i>A l'autopsie, écoulement d'une sérosité abondante.</i>	<i>A l'autopsie, tissu adipeux com</i>

**2° Signes distinctifs de l'œdème des nouveau-nés et de l'érysipèle infiltration.**

<b>ŒDÈME.</b>	<b>ÉRYSIPÈLE.</b>
<i>Envahissant successivement les membres et le tronc.</i>	<i>Occupant d'abord les extrémités ou l'abdomen.</i>
<i>Engourdissement général ; pas de douleur.</i>	<i>Agitation ; douleur.</i>
<i>Peau violacée, mince.</i>	<i>Peau rouge, épaisse.</i>
<i>Pas de fièvre.</i>	<i>Fièvre notable.</i>

**3° Signes distinctifs de l'œdème des nouveau-nés et de l'inflammation avec infiltration séreuse.**

ŒDÈME.	INFLAMMATION SUBAIGUE
Envahit tout le corps.	Bornée à une partie peu étendue tout à la face.
L'infiltration n'occupe que le tissu cellulaire sous-cutané.	L'infiltration occupe toute l'épiderme.

**Pronostic.** — Le *pronostic* est ordinairement très grave. La maladie tend à faire des progrès, et les altérations organiques augmentent sans cesse. Les malades, ne prenant presque pas de boissons ni d'aliments, loin de se lever et d'acquiescer des forces, languissent et s'affaiblissent continuellement. *Suit que la maladie est d'autant plus grave qu'elle est plus ancienne.*

Les enfants débiles, chétifs, et dont la poitrine se dilate mal, offrent bien moins de ressources que ceux qui sont assez forts, et dont la respiration paraît plutôt enflée par la pléthore sanguine qu'empêchée par la faiblesse.

L'endurcissement adipeux survenant rend le pronostic des plus fâcheux ; mais cette circonstance est commune à toutes les maladies, puisque l'endurcissement adipeux est alors un phénomène de l'agonie.

## § VII. — Traitement.

### TRAITEMENT D'ANDRY ET AUVITY.

Ces auteurs commencent par les *fomentations* et les *fumigations émollientes*. Pour l'application des premières, on entoure l'enfant de flanelles trempées dans de l'eau de guimauve ou de mauve bien chaude. Les fumigations sont appliquées sur tout le corps, soit en faisant arriver la vapeur sous les couvertures d'un petit lit dans lequel est placé l'enfant, soit à l'aide d'une petite boîte fumigatoire.

Aux fomentations émollientes on fait succéder les *lotions chaudes de sauge et de camomille* ; puis on passe aux *lotions* faites avec l'*alcool*, ou avec une *solution de sel marin, savon*, etc. ; en un mot à des lotions avec un liquide excitant.

Ces premiers moyens ont pour but de ramollir la peau et d'exciter la transpiration.

Le traitement est terminé par l'application de *vésicatoires aux jambes*, qui ont une double action : 1° celle de dériver la congestion cérébrale ; 2° celle de faire liquider la sérosité que les autres moyens ont rendue liquide.

Ce traitement, comme on le voit, est fondé sur cette idée que la maladie est due à un arrêt de la transpiration et à la coagulation des sucs séreux. Nous avons vu plus haut qu'elle n'est pas fondée. Il n'en faut pas conclure, d'une manière absolue, que les lotions, et surtout les lotions excitantes, n'ont aucun effet favorable. Elles peuvent, au contraire, être utiles en relevant la température et en excitant les fonctions engourdies ; mais nous ne connaissons pas de faits hors de toute contestation dans lesquels elles aient réussi d'une manière évidente, et y en a-t-il, il faudrait encore rechercher quels sont ces faits ; car on verra qu'il est des cas si légers, que de leur guérison on ne peut rien conclure relativement à l'efficacité du traitement.

M. Troccon, qui croyait à l'existence d'une pneumonie, a notamment conseillé l'application d'une ou deux sangsues à la base de la poitrine. Ce moyen a une utilité incontestable, mais ce n'est pas en combattant la pneumonie qu'il agit favorablement ; car, dans tous les cas connus où une pneumonie est venue réellement compliquer l'affection, les sujets ont succombé. MM. Léger et Dugès ont employé des émissions sanguines de la même manière que M. Troccon.

De plus, le dernier de ces auteurs conseille les *bains de vapeur*, qui ont été préconisés par plusieurs autres médecins, et qu'on a crus si utiles à une certaine époque, qu'on avait, aux Enfants trouvés de Paris, disposé un appareil uniquement destiné à donner des bains de vapeur aux nouveau-nés œdématisés. Des accidents graves, tels que des congestions cérébrales, des apoplexies cérébrales et méningées, en furent, suivant ceux qui les essayèrent, la fâcheuse conséquence.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'en les abandonna bientôt et qu'on n'y a plus recouru aujourd'hui. D'ailleurs n'oublions pas que c'est presque toujours parce qu'on a cru que la sérosité est épaissie et même coagulée qu'on a employé, pour liquéfier, le moyen dont nous venons de parler. C'était là le but que se proposaient Andry et Auvity, et c'était aussi celui que voulait atteindre M. Mazaré (1), qui, encore en 1826, recommandait de réchauffer par ce moyen les parties malades, afin de les *ramollir*. Les bains de vapeur, si l'on s'en rapporte aux renseignements peu précis qui nous ont été fournis de vive voix, ne doivent être employés qu'avec précaution, et leur utilité n'est pas plus grande que celle des moyens précédents.

Suivant Billard, il suffit d'envelopper les enfants de vêtements de laine, pour voir une vapeur épaisse s'échapper des langes et du corps des petits malades, et cette transpiration exagérée procurer la guérison. Nous avons vu envelopper beaucoup de nouveau-nés œdémateux dans d'épaisses couvertures de laine, et toujours leur peau restait sèche. Billard aura fait mention de cas exceptionnels.

M. Denis, qui croyait à l'existence d'une gastrite, conseillait l'application d'une ou deux sangsues à l'épigastre et l'usage interne des mucilagineux. C'était le traitement ordinaire de la gastrite mis en usage, dans tant de cas divers, à l'époque où écrivait l'auteur. Il suffit de mentionner cette médication.

*Déplétion sanguine.* — Nous donnons ce nom à la médication qui a pour but principal de désemplir les vaisseaux énormément distendus par suite de la stase du sang, et de rendre par là une assez grande énergie à la circulation entravée.

Il est évident que l'application des sangsues, précédemment indiquée, a eu pour résultat dont il est question, quel que soit d'ailleurs le but que les auteurs se proposaient d'atteindre ; mais ils ont rapporté le succès, lorsqu'ils l'ont obtenu, non à la déplétion sanguine, mais à la disparition d'une prétendue inflammation qui n'existe pas, ou qui n'est que secondaire. Palletta employait plus hardiment les émissions sanguines. Ce médecin, attribuant la maladie à une forte congestion du foie, appliquait les sangsues dans l'unique but de dégager cet organe ; mais il ne pouvait le faire sans faire cesser l'engorgement sanguin général, et de là ses succès, qui, si tous les faits ont été bien rigoureusement observés, sont des plus remarquables ; car il rapporte que, sur quarante-trois malades, il en a guéri quarante-deux. Ce résultat est extraordinaire. Après Palletta, personne n'en a obtenu de semblable, et la mortalité a continué à être très grande, même dans les cas où l'on a eu recours à l'application des sangsues. Peut-être Palletta a-t-il eu affaire principalement à des cas très légers qui guérissent presque sans aucun traitement, ainsi que nous le verrons plus loin. Mais quelle que soit notre explication, il n'en faut pas moins reconnaître que ce médecin habile n'a pas pu s'en laisser imposer dans tous les cas ; qu'il y en a eu, au contraire, un bon nombre qui étaient dans les conditions favorables à une bonne expérimentation, et dès lors les faits qu'il cite ont une importance réelle. « Chez les enfants un peu forts, dit Palletta, une seule application de deux sangsues suffit ordinairement ; mais chez les faibles, chose digne de remarque, il faut y revenir deux et même trois fois ! »

(1) *Revue médicale*, 1826.

Nous avons cité ailleurs (1) plusieurs cas dans lesquels des enfants fortement éteints ont été rendus à une santé parfaite par ce moyen. De son côté, M. Monro (2), ayant à traiter une petite fille chez laquelle l'œdème était survenu le lendemain de sa naissance, le vit disparaître promptement après l'application de quatre sangsues à la base de la poitrine. Enfin, étant chargé de l'inspection médicale des enfants à la Direction des nourrices, nous obtînmes la guérison complète d'un œdème assez considérable par l'application d'une seule sangsue à nous. Nous avons rapporté ce cas avec détail (3).

Ces faits prouvent que la déplétion sanguine est un moyen très utile contre l'œdème des nouveau-nés; mais, pour qu'elle ait tout son effet, il faut que la faiblesse congénitale ne soit pas trop grande. Dans plusieurs cas elle n'a pas eu un succès complet, parce que l'enfant était trop faible, et dans d'autres elle a complètement échoué, parce que cette faiblesse était extrêmement considérable. Avant donc de juger son efficacité, il faut tenir compte de l'état des enfants.

M. Henri Roger (4), dans ses recherches sur la température dans les maladies, ayant principalement égard au refroidissement remarquable que présentent les enfants, et considérant que d'après les expériences de M. Chossat (5), le défaut d'aliments est une des causes les plus puissantes de l'abaissement de la température, a été porté à conseiller en première ligne une *riche alimentation* aidée par les moyens extérieurs de calorification. Il n'est pas douteux que ce moyen ne soit très utile; mais, avant d'y recourir, il faut mettre en usage la déplétion sanguine, en donnant à l'enfant une vigueur suffisante, le met en état de profiter de cette alimentation. Ce qui le prouve, c'est que l'on voit tous les jours, chez des enfants qui l'on a donné du lait en abondance, le refroidissement et l'œdème persister. Il est évident que la meilleure alimentation qu'on puisse donner à ces enfants est le lait d'une bonne nourrice, car c'est là le seul aliment qu'ils puissent bien digérer.

Restent maintenant certains moyens qu'il suffit d'indiquer, parce que rien ne prouve qu'ils aient été appliqués à des cas bien déterminés, et qu'ils aient une grande efficacité. Tel est d'abord l'emploi de la décoction de *quinquina* avec l'addition de quelques gouttes d'*acétate d'ammoniaque*, conseillée par le docteur Ponderschjæld (6). Nous citerons ensuite la *potion cordiale* recommandée par Ponsassier (7), dans laquelle entrent l'eau de menthe, l'eau de mélisse et l'eau de safran; puis les *frictions avec l'alcool térébenthiné* (Pritschaff), et les *frictions mercurielles* (8). Quant au *sublimé corrosif*, que recommande Feiler, il n'y a aucun motif pour l'administrer.

**Résumé.** — De tout ce qui précède il résulte que l'application des sangsues, faite dans le but de déterminer une déplétion sanguine, est le moyen le plus efficace qu'on ait employé, et par là s'expliquent les succès obtenus par ce moyen dirigé contre de prétendues inflammations. Une conséquence pratique qu'il faut tirer des

(1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés.*

(2) *Journal hebdomadaire de médecine*, 1836, t. XIII, p. 240.

(3) *Bulletin général de thérapeutique*, 1845, t. XXXVIII, p. 408.

(4) *Archives de médecine*, Paris, 1844 et 1845, t. IV, V, VI, VII.

(5) *Recherches expérimentales sur l'inanition*. Paris, 1843, in-4.

(6) *Ars Beraet. or. svenska Laek., etc.* Stockholm, 1825.

(7) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. LV.

(8) A.-G. Richter, *Spec. therap.* Berlin, 1821, t. II.



faits précédemment cités, c'est que les sangsues doivent être appliquées dans le lieu le plus convenable pour opérer cette déplétion, et ce lieu est le siège. N'oublions pas que, dans un cas assez grave, une seule sangsue, appliquée dans ce point, a suffi pour dissiper tous les symptômes.

Il est évident que la chaleur extérieure, le séjour dans une salle bien chaude, sont des moyens adjuvants d'une grande utilité. On doit par conséquent entourer l'enfant de laine, le frictionner avec une flanelle chaude, etc. Nous avons remarqué, et c'est un fait qu'il ne faut pas perdre de vue, quand on veut apprécier l'action d'un traitement quelconque, que, dans les cas très légers, *le séjour dans un lieu chaud suffit pour rendre aux enfants toute leur énergie*, et pour faire disparaître tous les symptômes. Il est évident que si l'on faisait des expériences sur des cas semblables, on réussirait avec tous les moyens. N'y en avait-il pas un certain nombre de ce genre dans ceux qu'a rapportés Palletta? Toujours est-il que tout se réunit pour prouver que l'élévation de la température par les moyens artificiels a une efficacité incontestable.

Enfin, on doit veiller à ce que l'enfant ait une bonne alimentation, c'est-à-dire le lait d'une bonne nourrice.

#### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Fomentations, fumigations émollientes, excitantes; vésicatoires aux jambes (Auvity); traitement antiphlogistique, bains de vapeur, chaleur, déplétion sanguine; riche alimentation, toniques, excitants; frictions térébenthinées, mercurielles, deutochlorure de mercure (Feiler).

### ARTICLE II.

#### ANASARQUE.

##### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne les noms d'*anasarque primitive* ou *idiopathique* à l'infiltration presque toujours très rapide de tout le corps, qui n'est la conséquence d'aucune autre maladie.

Comme les autres espèces d'anasarque, cette affection a reçu les noms de *leucophlegmosie*, *hydropisie générale*, *hydroderma*, *hydrosarca*. Elle est très rare, à tel point qu'il est des médecins qui, dans une assez longue pratique, n'en ont jamais vu d'exemple.

##### § II. — Causes.

On a pris très souvent pour des anasarques primitives des anasarques consécutives. Nous ne savons rien sur les *causes prédisposantes*. M. Copland, il est vrai, a dit que les *négres* sont principalement sujets à cette affection lorsqu'ils passent dans un climat froid; mais on n'est pas parfaitement fixé sur la nature de l'anasarque que présentent ces sujets en pareille circonstance.

Quant aux *causes occasionnelles*, celles qui sont indiquées par les auteurs, plu-

~~On~~ d'après des idées théoriques que d'après l'étude des faits, sont les suivantes : l'action du froid sur le corps couvert de sueur ; l'exposition plus ou moins prolongée au froid et à l'humidité ; l'ingestion de boissons glacées, après un exercice actif, dans les grandes chaleurs de l'été. On voit que ces diverses causes n'en forment en réalité qu'une seule dont l'effet est la suppression de la transpiration. On sent combien il serait important d'avoir un certain nombre de faits non contestables, l'aide desquels on pût étudier cette question, ce qui sera toujours difficile à cause de la rareté de l'affection.

### § III. — Symptômes.

**Début.** — Le début de l'anasarque idiopathique est presque toujours très rapide ; ce point est important pour le diagnostic. Par cela seul, en effet, que l'œdème général se produit lentement, on peut déjà présumer qu'il est sous la dépendance d'une lésion organique, et principalement d'une lésion du cœur ou des reins. C'est même une question qui n'est pas résolue, que celle de savoir s'il peut exister une anasarque idiopathique à marche lente. Nous savons bien qu'on en a cité des exemples, principalement chez des individus soumis pendant longtemps à l'action du froid humide, et qu'on a attribué la maladie à une altération du sang ; mais, l'on examine les faits, on voit qu'ils ont été recueillis à une époque où l'on ne connaissait pas la maladie de Bright, qui donne le plus souvent lieu à ces anasarques ou qu'on ne la connaissait qu'imparfaitement, et, d'ailleurs, cette altération du sang est pour nous une condition organique suffisante pour que nous ne nous occupions pas, dans cet article, de cas semblables (1).

Quelquefois l'affection se manifeste sans aucun symptôme précurseur, de telle sorte que le sujet se trouve tout à coup gêné dans ses vêtements, sans s'être encore douté qu'il était malade. Plus souvent le malade éprouve pendant plusieurs heures, ou même quelques jours, des frissons plus ou moins intenses, plus ou moins fréquents, irréguliers, avec des alternatives de chaleur et de la céphalalgie. Souvent aussi il a une soif inaccoutumée et de l'anorexie. Les urines sont rares, rouges, sédimenteuses ; il y a de la constipation. Suivant Abercrombie et le docteur Copland, la gêne de la respiration est ordinairement le plus remarquable des symptômes précurseurs, ou plutôt des premiers symptômes de la maladie, car la dyspnée dépend de l'œdème des poulmons, qui est le commencement de l'anasarque. C'est un sujet de recherches pour les observateurs.

**Symptômes de la maladie confirmée.** — Il est rare qu'il y ait de la douleur dans l'anasarque idiopathique, et lorsque les malades se plaignent de souffrir, ils accusent plutôt une tension incommode des parties promptement distendues qu'une véritable douleur.

Le gonflement que présentent les parties infiltrées peut être considérable, mais il le devient rarement autant que dans les cas où l'infiltration est due à une cause organique. Ce gonflement est surtout considérable aux parties où se trouve un tissu cellulaire lâche : ainsi aux paupières, aux testicules, au prépuce.

La peau qui recouvre les parties tuméfiées présente une coloration diverse dans les diverses circonstances. Si l'anasarque s'est produite très rapidement et avec u

(1) Voyez *Anémie*, t. I, p. 488.

mouvement fébrile marqué, la peau est rouge, ou du moins rosée ; on l'a vue quelquefois bleuâtre ou couverte de sugillations ; dans le cas contraire, elle peut être blafarde ; dans ces derniers cas, il est douteux qu'on ait eu affaire à une anasarque primitive ou idiopathique.

Si l'anasarque persiste, et surtout si elle fait des progrès, le tégument perd sa couleur rouge ou rosée, il pâlit, et les parties les plus infiltrées, celles où la peau est fine et le tissu cellulaire lâche, deviennent demi-transparentes.

Parfois toutes les parties du corps s'infiltrant à la fois ; nous devons même dire que ce sont les cas de ce genre qui doivent être principalement considérés comme des cas d'anasarque primitive. D'autres fois, au contraire, on a vu les diverses parties se prendre successivement, et, suivant Dance, en pareille circonstance, l'anasarque commence par les pieds, puis envahit les jambes et les cuisses, les parties génitales, les bras, la face, et enfin le tronc. Dans certains cas, néanmoins, on a vu l'œdème général commencer par les parties supérieures. Des recherches ultérieures, faites avec les connaissances que nous possédons aujourd'hui, pourront seules nous apprendre ce qu'il faut penser de ces derniers exemples.

L'empreinte que conservent les téguments, lorsqu'on a exercé sur eux la pression avec l'extrémité du doigt, est très différente, suivant que l'anasarque s'est produite avec rapidité ou avec lenteur. Dans le premier cas, une pression forte ne produit qu'un léger enfoncement qui s'efface avec promptitude, tandis que, dans le second, l'empreinte est facile, profonde, et s'efface lentement. C'est du reste ce qui a lieu dans toutes les espèces d'œdèmes.

En même temps qu'on observe ces symptômes, on constate l'existence de *phénomènes généraux* qui le plus souvent sont semblables aux symptômes. Dans les premiers temps, on note la chaleur, la sécheresse de la peau, l'accélération du pouls, la gêne de la respiration, l'anorexie, la soif, la constipation, la courbature. Plus tard, si la maladie ne tend pas à la résolution, ces symptômes aigus s'apaisent plus ou moins, ils font place à une langueur marquée de toutes les fonctions, et l'amaigrissement, qui d'abord a pu être masqué par l'infiltration, devient évident.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est presque toujours rapide. On voit l'anasarque s'établir quelquefois en quelques heures dans tous les points qu'elle doit occuper. Elle disparaît aussi avec rapidité, ou du moins, dans les cas où elle persiste, il n'est pas certain qu'elle soit idiopathique. Aussi peut-on dire d'une manière générale que sa *durée* est courte.

La *terminaison* de cette affection est presque constamment heureuse ; et si nous ne disons pas constamment, c'est qu'on a mentionné quelques cas où il n'en a pas été ainsi, mais ces cas sont de ceux dans lesquels il est douteux que l'affection soit primitive.

Dans les cas de mort attribués à l'anasarque idiopathique, on a surtout constaté des *symptômes cérébraux* consistant principalement dans la stupeur et le coma.

Si l'anasarque a été considérable et a persisté pendant un certain temps, la peau, trop distendue, présente, après la guérison, des vergetures plus ou moins marquées ; dans le cas contraire, c'est-à-dire dans presque tous les cas d'anasarque idiopa-

**hique**, la peau n'a subi qu'une distension médiocre et rapide, et il ne reste aucun **Trace** de la maladie.

### § V. — Lésions anatomiques.

Les seules *lésions anatomiques* qu'on puisse trouver dans l'anasarque idiopathique, sont la distension des cellules du tissu cellulaire, et principalement du tissu cellulaire sous-cutané, et la pénétration de ce tissu par la sérosité.

Les mailles du tissu cellulaire sont parfois tellement distendues, qu'on a peine à les retrouver. La couche sous-cutanée est épaisse, tremblante, transparente. Lorsqu'on incise, elle laisse écouler de la sérosité ordinairement limpide et peu colorée, quelquefois jaunâtre. Ces altérations pénètrent dans l'interstice des muscles, dans certains organes parenchymateux, comme dans le poumon. Enfin on trouve de la sérosité épanchée en plus ou moins grande quantité dans les cavités séreuses, et notamment dans les ventricules cérébraux.

Suivant un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels il faut citer Dance et M. Bouillaud, l'anasarque primitive ou active est le résultat d'une inflammation des artéoles cellulaires. Lobstein rapporte l'infiltration à une modification de vitalité des vaisseaux exhalants, due elle-même à un influx nerveux ; d'autres ont admis une gêne de la circulation lymphatique. Ce qui résulte de la lecture de toutes ces théories, c'est qu'aucune n'est appuyée sur une démonstration de quelque valeur.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Il est évident que le *diagnostic* absolu de la maladie n'offre aucune difficulté. Au premier examen, le médecin s'aperçoit de l'existence de l'anasarque. Peut-être pourrait-on éprouver un moment d'hésitation, et croire à l'existence d'un *emphysème général*, surtout si le malade disait avoir fait un effort considérable ; mais la rareté de l'emphysème, la crépitation qu'il fait éprouver sous la pression, la non-persistance de l'empreinte produite par le doigt, ne laissent bientôt plus aucun doute, tandis que ce dernier signe suffit pour faire reconnaître l'existence de l'infiltration. Pour diagnostiquer si l'anasarque est réellement idiopathique ou symptomatique d'une affection plus ou moins grave, il faut connaître les affections qui donnent lieu à l'anasarque : parmi celles que nous avons déjà étudiées, se trouvent les *maladies du cœur* et la *maladie de Bright*. Nous renvoyons le lecteur aux articles consacrés à ces maladies ; il y trouvera tous les détails nécessaires pour la solution de la question. Nous ajouterons seulement ici quelques mots pour faire connaître un fait qui prouve qu'on ne doit pas se hâter de regarder l'anasarque comme idiopathique. M. Louis a vu, il y a peu de temps, une anasarque se produire avec une assez grande rapidité. Les urines, examinées pendant plusieurs jours, ne présentaient pas la moindre trace d'albumine ; et, d'un autre côté, on ne trouvait aucune altération organique qui rendît compte de l'infiltration. Mais, le sixième ou le septième jour, l'albumine parut dans les urines, et dès lors l'existence de la maladie de Bright fut confirmée.

Nous nous sommes occupés de la *scarlatine*, dans la convalescence de laquelle se développe une anasarque qui a dû maintes fois être prise pour une anasarque idiopathique. Il arrive parfois, dans cette maladie, que des sujets ont un mouve-

ment fébrile marqué, avec une éruption légère, limitée à quelques points, et qui passe inaperçue. Si l'on n'examine pas attentivement le malade, si l'on n'a pas soin de rechercher la desquamation, et si l'anasarque se déclare dans ces circonstances, on prend les symptômes du mouvement fébrile précurseur de l'éruption pour des prodromes de l'anasarque, et l'on regarde celle-ci comme idiopathique.

Si, jusqu'à présent, nous n'avons pas parlé de l'anasarque *par altération du sang*, c'est qu'il n'est pas encore parfaitement démontré que cette anasarque soit primitive. Dans beaucoup de cas d'hydropisie, en effet, on a constaté la diminution de l'albumine et des autres matériaux solides du sang qui devient plus aqueux; mais cet état du sang est lui-même sous la dépendance d'une autre affection. Il n'y aurait que l'anasarque *par pléthore* qu'on pourrait regarder comme identique avec celle que nous venons de décrire; mais la pléthore est une cause d'anasarque dont l'existence n'est pas encore parfaitement mise hors de doute.

### § VII. — Traitement.

*Émissions sanguines.* — Tous les auteurs sont d'accord sur l'utilité et même sur la nécessité des émissions sanguines dans les cas où l'affection a pour symptômes généraux la chaleur de la peau et un certain mouvement fébrile. C'est à la *saignée générale* qu'on a presque exclusivement recours. Chez les enfants, on peut appliquer un plus ou moins grand nombre de *sangsues à l'anus*, selon l'âge. Suivant Dance, il faut prendre garde de dépasser certaines limites dans l'emploi des émissions sanguines, car on courrait risque de voir la maladie prendre une marche chronique. Les faits auxquels fait allusion cet auteur ne sont-ils pas des cas de maladie de Bright méconnus?

*Diurétiques.* — Les diurétiques tiennent naturellement une grande place dans le traitement de l'anasarque. On prescrit ordinairement le *nitrate de potasse*, dans la décoction de *chiendent*: mais, tandis que, avant ces derniers temps, on craignait de dépasser la dose d'un gramme ou un gramme et demi, on donne aujourd'hui ce médicament jusqu'à la dose de 12, de 20, de 30 grammes, et même plus, comme dans le rhumatisme articulaire. Ces dernières doses sont exagérées. Rien ne prouve qu'elles soient utiles, et peut-être n'ont-elles pas toute l'innocuité qu'on leur a supposée. On prescrit aussi l'*acétate de potasse* à la dose de 2, 4 et 6 gram.; la décoction de racine de *fraisier*, l'infusion de *pariétaire*, etc.

*Sudorifiques.* — Les sudorifiques sont aussi d'un usage ordinaire, mais ce sont les sudorifiques externes qu'il faut employer: ainsi les *bains de vapeur*, les *fumigations de baies de genièvre*, les *bains de sable chaud*. M. Serre (d'Alais) a recommandé un moyen bien simple: il consiste à envelopper des *fragments de pierre à chaux* dans un linge mouillé qu'on entoure d'un linge sec, et à les placer, ainsi disposés, à la plante des pieds et sur chaque côté du corps.

Viennent ensuite les *purgatifs*, qu'il suffit de désigner en faisant remarquer seulement qu'on a presque exclusivement recours aux purgatifs doux (*manne, casse, tamarin, huile de ricin, crème de tartre, eau de Sedlitz*). Et enfin, si ces moyens ne réussissent pas, ce qui est bien rare, et si la maladie a perdu son caractère aigu, on peut avoir recours à l'application de *larges vésicatoires* sur les points les plus infiltrés et qui offrent une surface convenable.

M. Serre d'Alais (1) dit avoir *toujours réussi*, dans l'anasarque, *quelle que soit sa nature*, à l'aide de la *diète sèche, lactée* et de *l'usage de l'oignon*. Pendant un mois à peu près le malade doit s'abstenir de toute boisson, il doit se contenter de trois soupes au lait par jour et d'un peu d'oignon qu'il mange avec un peu de pain pour terminer son repas. Toute autre boisson et tout autre aliment sont interdits. L'amélioration commence habituellement après huit jours, et la cure est terminée en un mois environ. C'est aux praticiens à juger de l'efficacité de ce traitement qui est très facile. M. Serre (d'Alais) cite cinquante-huit cas de guérison, et il ajoute que la condition nécessaire au succès, est l'existence de l'œdème des membres abdominaux et la diminution des urines, qu'elles contiennent ou non de l'albumine. Ces faits méritent d'être pris en considération.

## SECTION DEUXIÈME.

### MALADIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR.

Nous décrirons avec quelques détails l'*arthrite aiguë* et l'*arthrite chronique*; mais nous ne donnerons qu'un aperçu très succinct des autres maladies des muscles et des os, parce qu'elles sont du ressort particulier de la chirurgie.

#### ARTICLE I<sup>er</sup>.

##### ARTHRITE SIMPLE AIGUE.

On chercherait vainement dans la science des travaux nombreux sur cette affection. Les chirurgiens ont dit quelques mots de l'inflammation qui se manifeste spontanément dans les articulations; mais n'ayant pas distingué avec tout le soin nécessaire cette espèce de toutes les autres, ils n'ont pas donné à leur description le degré de précision désirable. Dans un travail particulier nous nous sommes efforcé de jeter quelque jour sur cette question importante (2).

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'*arthrite simple aiguë* est une inflammation articulaire survenue spontanément, restant fixe dans une ou plusieurs articulations, donnant lieu à une fièvre ordinairement intense, et laissant pendant un temps toujours assez long des traces de son existence.

On donne encore à cette maladie les noms d'*inflammation des articulations* et d'*arthritisme*.

La fréquence de l'*arthrite simple aiguë* est beaucoup moins grande que celle du rhumatisme articulaire, et cette proposition est vraie, surtout pour certaines articulations que nous indiquerons plus loin.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 15 juillet 1853.

(2) *Mémoire sur l'arthritisme simple* (*Union médicale*, 14 janvier, 2 et 6 février 1857).



## § II. — Causes.

Les causes de cette affection ont été peu étudiées. Sur cinq cas dont nous avons recueilli avec soin l'observation, quatre ont été observés chez des hommes de vingt à quarante ans, et un chez une femme de soixante-quatre ans.

Quant aux causes occasionnelles, on n'a pas pu en constater d'évidentes. On a avancé, il est vrai, que la maladie est produite par l'impression du froid, le corps étant en sueur, par l'exposition à la pluie, au froid humide, par le séjour dans un lieu humide ; mais toutes ces causes, qu'on a également attribuées au rhumatisme articulaire, n'ont pas été positivement constatées dans des cas d'arthrite simple aiguë bien déterminés.

On peut, à la rigueur, considérer comme des arthrites simples les cas dans lesquels l'inflammation de l'articulation survient dans le cours d'une blennorrhagie, ou à la suite du cathétérisme, comme les chirurgiens, et M. Velpeau, en particulier, en citent des exemples.

## § III. — Symptômes.

*Début.* — D'après les faits que nous avons consultés, le début de l'arthrite simple aiguë est marqué par un état général plus ou moins remarquable. Tantôt c'est un simple malaise, avec céphalalgie, courbature et anorexie ; tantôt ce même malaise, et de plus des frissons répétés, ou un frissonnement presque continu. Parfois c'est la douleur qui ouvre la scène, puis les phénomènes généraux se déclarent ; mais en général, le début par des phénomènes locaux est beaucoup plus rare dans l'arthrite simple aiguë que dans le rhumatisme articulaire aigu.

*Symptômes de la maladie confirmée.* — La douleur qui occupe l'articulation est très rapidement intense ; au bout de quelques heures, non-seulement les mouvements imprimés à l'article causent une vive souffrance, mais encore la pression est très douloureuse. En outre, lorsque la maladie occupe certaines articulations, et principalement l'épaule, qui, comme nous le verrons plus tard, est le siège de prédilection de cette affection, le décubitus, quel qu'il soit, est très difficile.

L'articulation enflammée est chaude et offre une rougeur prononcée. Le gonflement est plus considérable, toutes choses égales d'ailleurs, que dans le rhumatisme articulaire aigu. Ce qui le prouve, c'est que lorsque l'arthrite occupe l'épaule, on constate facilement une augmentation notable du volume de cette articulation, tandis qu'il résulte des recherches de Chomel et de M. Louis que, dans le rhumatisme articulaire, l'épaule ne paraît nullement gonflée, alors même que les douleurs y sont excessivement intenses.

Il est très difficile de dire, quand on considère certaines articulations en particulier, s'il y a un épanchement dans l'articulation. Dans les ouvrages de chirurgie, on ne met pas en doute la formation du pus dans l'article, lorsque l'inflammation est très intense : rien ne paraît plus facilement admissible que la suppuration d'une articulation occupée par une inflammation franche ; mais il serait bon d'avoir à ce sujet des observations bien précises. On sait, en effet, aujourd'hui, combien il est important d'observer attentivement les faits, pour s'assurer que l'arthrite est spontanée dans toute la force du mot, c'est-à-dire qu'elle n'est sous l'influence ni

D'une phlébite, ni de l'épanchement dans l'article de la matière tuberculeuse formée dans les os, ni d'une fièvre puerpérale. Dans les cas où il en est ainsi, on a vu les tissus se corroder, les parois du foyer se détruire, une suppuration abondante se faire jour à l'extérieur, et les plus graves désordres se produire dans l'articulation.

*Siège de la maladie.* --- Le siège de prédilection de l'arthrite est une des deux épaules. C'est du moins ce qui résulte des faits observés, car nous n'avons jamais vu l'inflammation simple bien caractérisée occuper une autre articulation, si ce n'est dans le cours d'une blennorrhagie. Cependant d'autres observateurs l'ont vue fixée à une articulation coxo-fémorale, à un genou, à un pied.

Martin-Solon (1) a observé un cas d'arthrite blennorrhagique qui occupait cinq articulations à la fois. Les cas de ce genre sont très rares.

On a aussi mentionné des cas dans lesquels deux articulations ont été prises en même temps.

On a noté l'existence, dans cette affection, de *douleurs lombaires* intenses ; mais ces douleurs lombaires ont ordinairement précédé l'inflammation de l'article.

Dans les cas où la maladie a présenté les symptômes précurseurs, ces symptômes font des progrès ordinairement considérables. La *fièvre* prend de l'intensité ; le *puls* est à 110, 120 pulsations, et quelquefois plus encore. La *chaleur* est vive. La *céphalalgie* augmente. Il y a un *dégoût* complet pour les aliments, de la *soif*, et généralement de la *constipation*. La douleur de l'articulation ayant un haut degré d'intensité, l'*insomnie* devient presque complète.

Cet état d'acuité dure quelques jours sans alternatives bien appréciables, puis la douleur se calme, les symptômes généraux s'apaisent, et bientôt le malade se sent parfaitement bien lorsqu'il n'imprime aucun mouvement à l'articulation ; mais dès qu'il veut faire un mouvement, la douleur se réveille, et une roideur considérable se fait sentir dans l'article. Plus tard, la douleur devient moindre et la roideur domine ; mais cette roideur est telle que les mouvements sont très bornés, que si l'on veut les forcer, on cause au malade de très vives souffrances. Ce dernier état se dissipe beaucoup plus lentement que la gêne des mouvements qui succède au rhumatisme articulaire, et souvent, plusieurs mois après avoir complètement cessé de souffrir, les malades éprouvent la plus grande difficulté à exécuter des mouvements étendus ; si, par exemple, ils ont une arthrite scapulaire, ils ne peuvent pas élever leur main jusqu'à leur tête, ils ont de la difficulté à se tenir, etc. Nous avons même vu des cas dans lesquels le traitement le plus persévérant a, pendant fort longtemps, échoué contre cet état de l'articulation, et tout un hiver nous avons gardé à l'Hôtel-Dieu annexe un homme qui, à la suite d'une arthrite aiguë de l'épaule, est condamné à l'immobilité absolue du bras, sans que le traitement antiphlogistique le plus actif, les révulsifs, les dérivatifs, les fondants, les calmants, le repos absolu du bras, puis, en désespoir de cause, les mouvements forcés de l'articulation, aient fait autre chose que d'amener des améliorations passagères.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, mai 1847.

## § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La description précédente a fait connaître suffisamment la *marche* de la maladie. Elle est continue; aiguë d'abord, elle prend ensuite un caractère chronique plus ou moins marqué.

La *durée* de cette affection est généralement longue; il est rare qu'elle soit à moins d'un mois, y compris la gêne et la roideur de l'articulation. Souvent elle est de plusieurs mois, d'une année et plus, et parfois la maladie passe complètement à l'état chronique.

Nous venons de dire que la *terminaison* a lieu quelquefois par le passage à l'état chronique. Sauf ces cas, on peut dire d'une manière générale que la terminaison est heureuse. Les auteurs de pathologie externe ayant, comme nous l'avons dit plus haut, signalé des cas de suppuration de l'articulation, ont naturellement admis la terminaison par la mort, qui résulte fréquemment de cette suppuration. S'agit-il bien, dans ces cas, d'une arthrite simple?

## § V. — Lésions anatomiques.

On peut, soit en se rappelant ce que l'on observe dans les cas d'inflammation de articulations produite expérimentalement chez les animaux, soit en ayant égard à ce qui se passe à la suite de violences graves sur les articulations, se représenter l'état des parties malades dans l'arthrite simple spontanée; mais ce n'est pas là un résultat de l'observation, et il n'y aurait par conséquent aucune utilité à entrer dans des détails à cet égard.

## § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le point le plus important du *diagnostic* consiste dans la distinction de l'arthrite simple aiguë et du *rhumatisme articulaire aigu*: c'est ce que nous avons fait à propos du rhumatisme articulaire aigu, et nous renvoyons le lecteur au diagnostic de cette maladie.

Disons seulement ici que, lorsqu'une articulation présente une inflammation évidente, il faut rechercher s'il n'y a pas eu une violence extérieure; s'il n'existe pas une phlébite; si les os qui concourent à former l'articulation n'étaient pas préalablement malades; car, ce qu'il importe surtout de constater, c'est si l'arthrite est simple et spontanée. Le diagnostic absolu est, en effet, tellement facile, que, si l'on excepte le rhumatisme articulaire, et peut-être aussi, dans quelques cas, le *rhumatisme musculaire*, il n'est aucune affection qui ressemble à l'arthrite simple aiguë.

## § VII. — Traitement.

Les renseignements que nous possédons sur le *traitement* de l'arthrite aiguë sont nécessairement peu précis, parce que les auteurs n'ont pas cherché à déterminer exactement les cas; ce qui le prouve, c'est qu'ils se servent indifféremment des mots *arthrite aiguë*, *rhumatisme aigu*, *douleurs rhumatismales*, pour dési-

er la maladie. Or, nous avons vu plus haut que les divers états pathologiques qui ondent à ces différents termes sont loin d'être identiques.

*Émissions sanguines.* — Dans la période d'acuité, tous les médecins emploient émissions sanguines, et en proportionnent l'abondance à l'intensité de l'inflammation. On doit avoir recours à la *saignée générale* plus ou moins répétée, aux applications de *sangsues* (25 ou 30 chaque fois), aux *ventouses scarifiées* (8 ou 10 plusieurs reprises), jusqu'à ce que la douleur soit devenue moins vive et la fièvre moins violente.

L'usage des *narcotiques*, et principalement de l'*opium*, est formellement indiqué dans une maladie aussi douloureuse, et qui occasionne ordinairement une somnolence presque complète. L'*opium* doit être administré, à l'intérieur, à la dose de 5 à 15, 20 et 25 centigrammes progressivement, et en ayant soin d'en surveiller les effets. Des *cataplasmes laudanisés* ou faits avec la décoction de feuilles de *belladone*, de *datura stramonium*, sont maintenus sur la partie malade.

Pour compléter ce traitement calmant et antiphlogistique, on administre des boissons délayantes et émollientes, et l'on maintient le malade à une *diète sévère*.

Les *sudorifiques*, les *diurétiques* et les *purgatifs* ont été rarement administrés dans cette affection. Il nous est, par conséquent, impossible d'en apprécier les effets, et l'on ne peut, jusqu'à nouvel ordre, les conseiller que dans les cas particuliers dont chacun sera juge.

Au lieu d'employer les émollients et les calmants, on doit, suivant Bonnet (1), appliquer sur l'articulation malade des topiques excitants. Cet auteur rapporte des cas dans lesquels la douleur a été promptement calmée par l'emploi du *cataplasme de Pradier*, dont nous avons donné précédemment la formule (2), et par celui que conseille M. Trousseau, et qui est composé ainsi qu'il suit (3) :

℞ Mie de pain..... } q. s. pour que la mie de pain ait la  
Eau-de-vie camphrée..... } consistance d'un cataplasme.

Faites chauffer à une chaleur douce ; versez à la surface du cataplasme :

Laudanum de Sydenham.... 15 gram. | Extrait de belladone..... 8 gram.

Laissez ce cataplasme appliqué pendant quarante-huit heures.

Suivant M. Trousseau, ce cataplasme est principalement utile lorsque l'arthrite est au siège dans une articulation environnée de peu de parties molles.

Bonnet (de Lyon) employait encore avec succès les cataplasmes suivants :

℞ Farine de graine de lin..... Q. s. | Alcool saturé de camphre..... Q. s.

On bien :

Farine..... Q. s. | Vinaigre..... Q. s.

*Position des membres.* — Un autre précepte qu'il est très important de con-

(1) *Traité des maladies des articulations*. Paris, 1845, 2 vol. in-8 et atlas. — *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*. Paris, 1853, p. 151.

(2) Voy. article *Angine de poitrine*.

(3) *Traité de thérapeutique*, t. II, 2<sup>e</sup> édit., p. 70.

naître, c'est de maintenir l'articulation malade dans l'immobilité absolue. Ce principe, sur lequel Bonnet (de Lyon) et M. Malgaigne ont insisté avec beaucoup de raison, est très important pour assurer une guérison rapide. Mais, même en partant de ce principe, il y a une assez grande différence dans la pratique des chirurgiens à cet égard. La plupart veulent que, pendant toute l'acuité de l'inflammation, on maintienne les muscles dans l'état de relâchement, ce que l'on fait, pour les genoux en particulier, à l'aide d'un double plan incliné. Bonnet recommande, au contraire, quelle que fût l'acuité de l'inflammation, de ramener et maintenir les membres dans la position qui, après la cure, et dans le cas d'une ankylose, est la plus favorable au rétablissement des fonctions. Ainsi, dans l'arthrite fémorale tibiale, on doit, suivant ce chirurgien, étendre le genou, s'il est fléchi; dans la coxalgie aiguë, il faut redresser la cuisse, si elle est portée en dedans ou en dehors, etc. Il y a un peu d'exagération dans les craintes de Bonnet. En maintenant les muscles dans le relâchement, on calme bien plus promptement les douleurs, si l'on a soin de ne pas attendre, pour ramener le membre dans la position convenable, que la roideur se soit rétablie, on y parvient facilement.

Lorsque la douleur a notablement diminué, on peut, à l'aide de bandelettes de diachylum, appliquer, comme le recommande M. Velpeau, une *compression méthodique*, qui dissipe promptement le reste de la douleur et de l'inflammation. C'est aux genoux, aux pieds, aux coudes et aux poignets que cette compression est particulièrement applicable.

A l'époque où la douleur est complètement dissipée, et où il ne reste plus qu'une gêne, une roideur plus ou moins grandes de l'articulation, on peut mettre en usage d'autres moyens. On a recours aux *larges vésicatoires*, pansés ou non avec l'*onguent mercuriel*, et aux *douches de vapeur* sur l'articulation malade.

On fait aussi couvrir l'articulation malade d'un large *emplâtre de Vigo cum mercurio*; et, comme nous l'avons dit dans le mémoire cité plus haut (1), soit que la maladie tendit naturellement à la guérison, soit que ce fût un résultat de cette application, tous les malades ont déclaré éprouver, les jours suivants, une amélioration assez marquée.

Reste une dernière indication : c'est celle de faire exécuter au membre des *mouvements chaque jour plus étendus*, lorsque la douleur s'est complètement dissipée. Cette pratique n'a jamais d'inconvénients. Mais des chirurgiens recommandent, lorsque la roideur persiste trop longtemps, d'imprimer de vive force de grands mouvements, dans le but de la vaincre tout à coup. Nous avons vu, comme Bonnet, cette pratique occasionner les plus vives douleurs, non-seulement sans profit, mais encore avec un désavantage réel; car, les jours suivants, l'articulation était redevenue presque aussi malade que les premiers jours. Il faut donc bien distinguer les cas.

#### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines, narcotiques; émollients; topiques excitants : cataplasmes antiarthritiques de Pradier, de Trousseau, de Bonnet; position des membres; compression, mouvements méthodiques.

) *Union médicale*, 6 février 1847.

## ARTICLE II.

## ARTHRITE SIMPLE CHRONIQUE.

L'arthrite simple chronique a été, bien moins encore que l'arthrite simple aiguë, étudiée au point de vue sous lequel il nous importe de l'envisager.

Il ne faut pas confondre avec l'arthrite chronique la roideur, la gêne des articulations et l'ankylose qui succèdent à l'arthrite aiguë; ce sont des conséquences de la maladie terminée, et non des maladies nouvelles. Pour qu'on puisse dire qu'il existe une arthrite chronique, il faut qu'à la roideur et à la gêne se joignent la douleur, et ordinairement un gonflement plus ou moins marqué des tissus.

L'arthrite simple chronique se montre de préférence, soit à l'épaule, soit aux genoux, soit dans une hanche.

Quelquefois elle se développe d'emblée avec son caractère chronique; plus souvent elle succède à l'arthrite aiguë; elle condamne le membre à un repos absolu, elle occasionne de l'insomnie, surtout pendant les exacerbations, qui sont très fréquentes, et dans lesquelles la maladie reprend des caractères d'acuité plus ou moins tranchés; la douleur se propage souvent à toute l'étendue du membre, et celui-ci finit par s'émacier. Les autres détails donnés par les auteurs se rapportent particulièrement à l'arthrite par violence extérieure, et c'est dans les traités de chirurgie qu'il faut les chercher.

Le traitement de l'arthrite chronique ne diffère de celui de l'arthrite aiguë que parce que les topiques irritants y tiennent une plus grande place. Lorsque les symptômes d'acuité se reproduisent, il faut recourir aux *émissions sanguines*.

M. Trousseau (1) a rapporté des faits dans lesquels l'application du *calorique concentré* autour des articulations malades a produit une amélioration prompte, et même la guérison. L'emploi de ce moyen consiste à entourer l'articulation de *sachets de sable chauffés au point de rendre leur contact désagréable*. Dès que les sachets sont refroidis, il faut les remplacer par d'autres chauffés au même degré.

M. Legroux (2) a cité des cas dans lesquels il a réussi à guérir les arthrites très rebelles, localisées dans une articulation, à l'aide de *cautérisations avec l'acide sulfurique concentré*, pratiquées de la manière suivante :

On imprègne un pinceau d'acide concentré et on le passe sur les points les plus douloureux de l'articulation. On laisse sécher sans essuyer, et il reste une eschare peu profonde, d'un jaune brunâtre, qui laisse rarement une cicatrice. Ce moyen, qui n'est pas douloureux au moment de l'application, le devient beaucoup dans la journée, et n'a pas autant de puissance que la cautérisation transcurrente, exempte de tout inconvénient (voy. *Névralgies*. T. I<sup>er</sup>, p. 657).

M. le docteur Bicchi (3) emploie contre l'arthrite chronique la *pommade au nitrate d'argent*, dans la proportion suivante :

(1) *Bulletin génér. de thérap.*, septembre 1847.

(2) *Union médicale*, octobre 1848.

(3) *Voy. Journ. des connaiss. méd.-chir.*, mars 1847.



℥ Nitrate d'argent..... 3 gram. | Axonge..... 32 gram.

Pour frotter l'articulation largement une fois par jour.

Ce moyen avait déjà été mis en usage par W. Adams et Guthrie.

Bonnet (de Lyon) a employé avec succès, dans les inflammations chroniques d'articulations, les *catoplasmes à l'alcool camphré* (1), qui lui ont réussi dans l'arthrite aiguë. Les larges *vésicatoires*, la *cautérisation transcurrente*, les *moxas*, l'*acupuncture*, les *douches de vapeur*, les *bains de vapeur*, les *narcotiques*, ont été mis en usage. L'arthrite chronique spontanée ou de cause interne étant une affection très rebelle, surtout quand elle siège à l'épaule, en désespoir de cause on a conseillé d'imprimer des mouvements forcés, dans le but de ramener la synoviale dans l'articulation ; mais cette manœuvre doit augmenter beaucoup les accidents, et l'on doit ordinairement s'en abstenir.

### ARTICLE III.

#### QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES MALADIES DU SYSTÈME OSSEUX ET MUSCULAIRE.

[ Nous ne voulons pas tracer ici l'histoire de diverses affections qui appartiennent spécialement à la chirurgie, telles que le *mal de Pott*, le *strabisme*, etc. ; mais nous paraît nécessaire de montrer que l'intervention médicale est souvent utile dans les cas de ce genre, et que la thérapeutique s'est enrichie de quelques acquisitions nouvelles.

Dans ces dernières années, on a compris que le *mal de Pott* n'est qu'une affection locale, un élément de la scrofule, et l'on a ajouté au traitement purement chirurgical des moyens médicaux divers d'une grande efficacité. Nous citerons d'abord l'*iode*, le *fer*, l'*huile de foie de morue*. Jarrold, médecin anglais, cité par M. Bouvier (2), aurait proposé l'*extrait de jusquiame* ; le *phosphate* et le *carbonate de chaux* ont été employés par des médecins et des pharmaciens français (Piorry (3), Becquerel, Mouries). On a proposé aussi l'*iodophosphate de soude* comme succédané de l'huile de foie de morue (Uzac). Parmi les eaux minérales, on a mis surtout en usage, avec succès, les *eaux mères* des salines comme à Salins (Jura), par exemple (4).

Nous ne savons réellement pas ce qu'il faut penser de l'emploi de la *jusquiame* dans le traitement du strabisme. M. Galavardin (5) aurait guéri par ce moy

(1) Voy. l'article précédent.

(2) *Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*, professées à l'hôpital des Enfants pendant les années 1855, 1856, 1857. Paris, 1858, in-8, p. 48.

(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIX, Paris, 1853-54, p. 310.

(4) *Dictionnaire général des eaux minérales et d'hydrologie médicale*, comprenant la géographie et les stations thermales, la pathologie thérapeutique, la chimie analytique, l'histoire naturelle, l'aménagement des sources, l'administration thermale, etc., etc., par MM. Dura Fardel, E. Le Bret et J. Lefort. Paris, 1860, in-8°, t. II, p. 715.

(5) *Du strabisme chronique : strabisme de l'œil droit ayant duré huit ans (1842-1858) guéri par la jusquiame* (*Journal de la Société gallicane*, 1859).

Plusieurs cas de cette maladie. Nous éprouverions, on le comprend, quelque hésitation à apprécier une médication homœopathique.

Il ne nous appartient pas non plus de rappeler les nombreuses et ingénieuses modifications des appareils de chirurgie proposées par le regrettable Bonnet (1) ; les diverses applications de la ténotomie sous-cutanée (J. Guérin) (2) ; Feenbach (de Berlin), Charles Phillips (de Liège) (3). Nous voudrions pouvoir insister sur les applications récentes et déjà si variées de l'électrisation médicale portée dès son origine à une grande perfection par M. Duchenne (de Boulogne) (4) ; et sans doute cette méthode dans laquelle on fait usage d'un courant à intensité rapide, qui a fait naître l'idée d'employer le courant galvanique constant au traitement des maladies nerveuses et musculaires. Cette dernière méthode, désignée sous le nom de *galvanothérapie*, a été exposée avec beaucoup de développements par le professeur Remak (de Berlin) (5). ]

## SECTION TROISIÈME.

### MALADIES DE L'OREILLE.

Nous décrirons l'*otite aiguë*, l'*otite chronique* et l'*otalgie*.

#### ARTICLE I<sup>er</sup>.

##### OTITE AIGUE.

On distingue l'*otite aiguë* en *externe* et *interne*, suivant que l'inflammation ne concerne seulement le conduit auditif externe, ou qu'elle a pour siège une partie de l'oreille interne.

##### 1<sup>o</sup> OTITE AIGUE EXTERNE.

Cette otite reconnaît pour causes principales l'action de *corps irritants* sur le conduit auditif, l'introduction de corps étrangers, l'accumulation du cérumen, l'action des instruments introduits dans l'oreille pour certaines opérations. Le plus

(1) *Traité des maladies des articulations*. Paris, 1845, 2 vol. in-8, et atlas de 16 pl. in-8. — *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*. Paris, 1853, in-8 avec 90 pl. — *Nouvelles méthodes de traitement des maladies articulaires*, 2<sup>e</sup> édit., accompagnée de 17 planches intercalées dans le texte et d'un recueil d'observations sur la rupture de l'ankylose. Paris, 1860, in-8.

(2) *Essais sur la méthode sous-cutanée appliquée aux plaies en général et aux plaies des articulations*. Paris, 1841, in-8.

(3) *De la ténotomie sous-cutanée*, ou des opérations qui se pratiquent pour la guérison des pieds bots, du torticolis, de la contracture de la main et des doigts, des fausses ankyloses angulaires du genou, du strabisme, de la myopie, du bégayement, etc. Paris, 1841, in-8.

(4) *De l'électrisation localisée, et de son application à la pathologie et à la thérapeutique*, 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1850, 1 vol. in-8 avec fig.

(5) *Galvanothérapie, ou de l'application du courant galvanique constant au traitement des maladies nerveuses et musculaires*. Traduit par le docteur Alphonse Morpain, avec des additions de l'auteur. Paris, 1860, in-8.

souvent elle est causée par l'action du froid sur les oreilles. On a vu quelquefois l'otite se développer par suite de l'introduction dans l'oreille de parasites, tels que des vers, des poux, des mouches (1). Elle se manifeste plus volontiers chez les enfants qu'aux autres âges de la vie.

*Symptômes.* — La *douleur* est le premier symptôme qui annonce la maladie. Elle est d'abord faible, souvent prurigineuse, puis elle va en augmentant et peut devenir très aiguë, ce qui s'explique par la densité des tissus envahis. Les mouvements de la mâchoire inférieure retentissent douloureusement dans le conduit auditif.

L'impression de la chaleur trop forte, aussi bien que du froid, augmente la douleur.

En même temps l'ouïe devient dure, et cette dureté d'oreille va en augmentant avec l'inflammation; il y a des bourdonnements, des sifflements d'oreille.

Dans les cas où l'inflammation est très intense, la douleur s'étend à toute la tête ou à un de ses côtés; mais ces cas ne sont pas les plus fréquents.

L'inspection du conduit auditif fait reconnaître : d'abord la rougeur et la sécheresse de ce canal, puis un plus ou moins grand nombre de boutons, d'abord petits, ensuite plus gros, qui se remplissent de pus. A une époque plus avancée, on constate la rupture de ces boutons et une ulcération consécutive, et, dans certains cas, un gonflement, un boursoufflement considérable de la muqueuse.

L'écoulement du pus vient ordinairement, au bout de trois ou quatre jours, calmer la douleur. C'est d'abord un liquide ténu, puis un pus véritable qui a parfois une odeur fétide. Quelquefois le boursoufflement de la muqueuse est tel qu'une certaine quantité de pus est emprisonnée derrière cet obstacle, d'où résulte une douleur très vive; il faut être prévenu de la possibilité de cet accident, afin d'y porter promptement remède.

Ordinairement les symptômes généraux sont légers. Cependant toujours la douleur occasionne une certaine anxiété, du malaise, et souvent l'insomnie. Dans quelques cas, l'inflammation étant violente et profonde, la fièvre s'allume, et il y a de l'agitation; mais tout le monde s'accorde à dire que, lorsqu'il y a une douleur excessive et profonde, lorsqu'il survient une agitation très grande, du délire, une fièvre considérable, c'est que l'inflammation s'est étendue à la cavité du tympan, car par elle-même l'otite externe n'est pas capable de donner lieu à des symptômes aussi graves.

La marche de la maladie est continue, bien que la douleur ait par moments surtout la nuit, de grandes exacerbations. La durée des symptômes violents, comme nous l'avons dit plus haut, de trois à quatre jours; celle de la suppuration est souvent plus considérable. La terminaison ordinaire est une guérison prompte; parfois elle se fait attendre, les ulcérations ne se cicatrisant pas; et d'autres fois aussi l'otite passe à l'état chronique.

Nous ajouterons seulement quelques mots sur le traitement en les empruntant à l'article de M. Velpeau (2).

(1) Itard, *Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1842, in-8 avec 3 pl. — Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*. Paris, 1860, in-8, p. 144.

(2) *Dict. de méd., ou Répert. des sc. méd.*, en 30 vol., art. OREILLE (pathol.), t. XXI, p.

Si l'inflammation, dit-il, est bornée au conduit auditif, s'il y a peu de symptômes généraux, des injections émollientes, des cataplasmes maintenus sur l'oreille, l'abaissement des causes qui ont produit ou qui entretiennent l'inflammation suffit souvent pour faire avorter la maladie avant qu'aucun flux muqueux ou purulent se soit établi. Si la douleur est vive, il faut avoir recours aux injections calmantes et narcotiques, faites, par exemple, avec une *solution de cinq à six grains d'opium dans une décoction de guimauve et de têtes de pavot*. Itard (1) conseille, dans le même cas, de placer dans le conduit auditif un bourdonnet de coton dans lequel sont enveloppés quelques grains de *camphre*. Alors aussi une ou plusieurs applications de *sangsues* derrière l'oreille ; et si même l'état aigu ne cède sous l'influence de ces moyens, le chirurgien ne doit pas hésiter à pratiquer la saignée générale. L'écoulement une fois établi, il faut remplacer les injections narcotiques par d'autres émollientes, comme celles de lait tiède, d'eau de guimauve. Enfin, les pédiluves sinapisés, des dérivations sur le tube intestinal, sont encore souvent très utiles. »

## 2° OTITE AIGUE INTERNE (*otite aiguë de la caisse* (2)).

**Causes.** — Les causes de l'otite interne ne se trouvent pas ordinairement dans une violence extérieure ou dans l'action d'un corps étranger. Nous avons vu que parfois l'otite externe pouvait gagner la cavité du tympan ; mais le plus souvent on trouve d'autre cause à l'affection que l'action du froid, ou bien cette tendance de certains organes à s'enflammer secondairement dans le cours ou dans la réconvalescence d'une maladie grave, telle que la fièvre typhoïde, la variole, etc. Les auteurs conviennent que, dans la production de cette maladie, il faut connaître souvent une prédisposition non douteuse.

**Symptômes.** — La *douleur* est généralement beaucoup plus vive que dans l'otite externe, et cela à une époque rapprochée du début. Elle est profonde, continue, avec des exacerbations plus ou moins violentes. Elle reste souvent fixe dans l'oreille, parfois elle s'irradie à tout un côté du crâne. Elle arrache de vives larmes au malade. Il y a en outre une sensation de plénitude et des battements dans la cavité du tympan. La *surdité* est marquée et causée par l'obstruction de la trompe et par la raréfaction et même l'absorption de l'air contenu dans la caisse (3).

En même temps on voit survenir de l'*agitation*, de l'insomnie, parfois des vertiges, du délire, et même des convulsions.

La *fièvre* ne tarde pas à s'allumer. Il y a de la soif, une perte plus ou moins complète de l'appétit, de la chaleur à la peau, de la céphalalgie qu'il ne faut pas confondre avec la douleur causée par l'inflammation.

Les symptômes violents, lorsque l'affection est simple et que les os et les cartilages ne sont pas altérés, durent ordinairement trois ou quatre jours, puis le malade finit le plus souvent à s'échapper par le conduit auditif externe, et ordinairement il en

*Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, nouvelle édition. Paris, 1842.

Bonnafont, *Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille*. Paris, 1860, in-8°.

Idem, *ibid.*

sort un flot qui mouille l'oreiller. Dès ce moment il se manifeste un soulagement des plus marqués, la douleur cesse brusquement avec l'agitation et les autres symptômes concomitants. Le malade peut s'endormir paisiblement. Dans quelques cas rares, c'est par la trompe d'Eustache que s'écoule le pus qui tombe alors dans l'arrière-gorge.

Les jours suivants, le pus continue à s'échapper ; il est quelquefois fétide. Puis il diminue peu à peu, et, au bout de peu de temps, la maladie se termine par la guérison, sans laisser de traces.

[Mais avant que le pus se soit fait jour de lui-même, soit par la trompe d'Eustache, soit par la membrane du tympan ulcérée, il est bon de diagnostiquer l'imminence de cette terminaison pour la prévenir, et surtout pour empêcher l'issue du pus à travers les cellules mastoïdiennes.

A cet effet, on pratique de bonne heure le cathétérisme du conduit auditif externe, soit avec le spéculum plein de M. Dehan, dont la forme est celle d'un cône creux, soit avec le spéculum droit à valves d'Itard, soit avec le spéculum courbe de M. Triquet.

Par ces moyens explorateurs, on découvre assez aisément l'accumulation du pus dans l'oreille moyenne, parce que sa couleur jaunâtre se voit sur le tympan, dont la concavité externe est remplacée par une convexité dans le même sens. En même temps, cette membrane a perdu ses reflets blancs irisés, et le manche du marteau cesse d'être visible par transparence.

De cet examen, il sera permis de conclure que l'otite interne aiguë est phlegmo-neuse et non pas seulement catarrhale, et qu'il y a lieu, ou de pratiquer le cathétérisme de la trompe afin d'évacuer le pus de ce côté, ou, si cette manœuvre est insuffisante, de pratiquer la perforation du tympan. Cette perforation se fait par le crayon de nitrate d'argent aiguisé ou avec le stylet. La première opération défendra, s'il est possible, le tympan de l'ulcération qui est imminente ; la perforation devra prévenir la migration du pus vers les cellules mastoïdiennes.

En tout état de cause, l'absence d'intervention du médecin exposerait au moins le malade à d'autres accidents graves, tels que le *ramollissement des cartilages*, les diverses *altérations des os*, la *propagation de l'inflammation aux membranes cérébrales et même au cerveau* ; mais les premiers doivent être étudiés dans les traités de chirurgie, et les autres ont été suffisamment indiqués dans l'histoire des affections cérébrales.]

La *marche* de la maladie est, comme nous venons de le voir, continue et rapide. La *durée* est généralement courte ; cependant il arrive quelquefois que la seconde période, c'est-à-dire celle qui est caractérisée par l'écoulement du pus au dehors, se prolonge pendant un temps assez long. La *terminaison* ordinaire de l'otite aiguë simple est la guérison. Les cas dans lesquels l'inflammation se propage aux organes intra-crâniens sont presque tous compliqués.

Le *diagnostic* ne présente ordinairement pas de difficulté lorsque l'affection est simple, et nous avons déjà dit plusieurs fois que nous ne devons pas nous occuper des cas compliqués. On distingue l'otite interne de l'otite externe par l'exploration du conduit auditif. L'absence de tout signe d'inflammation dans celui-ci, jointe la douleur vive et profonde et au mouvement fébrile, suffit pour fixer le jugement du médecin.

[Le diagnostic de l'otite interne n'exige pas seulement qu'elle soit distinguée de l'otite externe; il est indispensable, pour fixer le pronostic et le traitement, de préciser si le cas actuel appartient à l'otite catarrhale pure ou à l'otite phlegmoneuse, sans parler de l'otite des fièvres graves qui se distingue assez nettement des deux premières par les signes anamnestiques.

L'otite catarrhale naît du froid humide; l'otite phlegmoneuse, des fièvres graves et de certaines prédispositions diathésiques. La première est peu douloureuse et offre une réaction fébrile assez peu intense. La seconde offre une douleur vive, une réaction violente, des troubles cérébraux. Si l'on fait pénétrer dans la caisse du tympan une douche d'air au moyen du cathétérisme de la trompe et du soufflet de Kramer, dans le premier cas elle diminue la surdité et fait entendre une crépitation fine; dans le second, la douche d'air aggrave tous les symptômes et fait entendre un bruit de gargouillement (1).

L'otalgie offre un signe commun avec les deux maladies précédentes, mais cette douleur est intermittente et non continue; elle monte tout d'un coup à son maximum d'intensité, et se calme de même pour laisser éclater d'autres accès de douleur dans un foyer voisin dépendant de la cinquième paire.]

*Traitement.* — Nous avons dit plus haut que l'otite aiguë se termine ordinairement par la rupture de la membrane du tympan et par l'écoulement du pus au dehors, et que, dans quelques cas rares, c'est par la trompe d'Eustache que l'écoulement a lieu. Avant d'arriver à ce moment, il faut employer des moyens propres à calmer les douleurs et l'agitation qui en est la conséquence. Pour cela on a recours à la saignée générale, aux sangsues appliquées derrière l'oreille; aux émollients, et principalement aux cataplasmes fréquemment renouvelés; aux calmants, et principalement à l'opium. Comme moyens adjuvants, on emploie les *pédiluves sinapisés*, les *purgatifs*, etc.

[On prescrira surtout avec avantage les bains d'oreille pris de la manière suivante : le malade inclinera la tête de côté, l'oreille malade tournée en haut, on remplira le conduit avec une décoction à parties égales de pavot et de racine de guimauve, à température tiède; le malade se trouve souvent beaucoup mieux d'une température froide. Ces bains seront renouvelés plusieurs fois dans la journée, et le malade les gardera le plus longtemps possible (2).]

Mais il peut arriver que le pus emprisonné dans le tympan ne puisse se frayer un libre passage au dehors. En pareil cas, les accidents se prolongent, et le séjour du liquide peut occasionner des altérations graves des os et des cartilages. Voici, suivant M. Velpeau, à qui nous croyons devoir encore emprunter ce passage, la conduite à tenir dans cette circonstance : « Le pus ainsi formé constitue, dit-il (3), un véritable abcès, et il est de la plus haute importance de hâter son évacuation. Deux moyens se présentent : ou bien *désobstruer la trompe d'Eustache*, ou *perforer la membrane du tympan*... Par l'une ou l'autre de ces deux pratiques, on est plusieurs fois parvenu à donner au liquide une issue suffisante, à arrêter l'inflammation dans sa marche, et à mettre fin à la maladie. Toutefois la perforation de la

(1) Triquet, *Traité pratique des maladies de l'oreille*, 1857.

(2) Bonnafont, *loc. cit.*

(3) Idem, *loc. cit.*, p. 378.



membrane du tympan est ordinairement préférable, bien qu'elle détruise une partie naturelle, parce que l'ouverture, ainsi pratiquée, reste facilement libre et béante, tandis que la trompe est sujette à se boucher de nouveau, soit par le gonflement de sa membrane, soit par le pus. Chez plusieurs malades, Itard a réussi à guérir l'otite interne par la rupture artificielle de la membrane tympanique.

» Après cette rupture, la caisse ne se vide pas toujours du produit qu'elle contient. Il est des cas où elle renferme, au lieu de pus liquide, une matière épaisse, concrète et adhérente aux parois de la cavité, de sorte qu'il faut *l'aller chercher avec un stylet*, ou bien la délayer avec des *injections poussées avec force*. L'inflammation cède ordinairement, une fois le foyer ouvert au dehors. Mais ce n'est pas tout ; il reste encore à lutter contre le séjour et l'accumulation du pus. La situation profonde du foyer, cette circonstance que son fond forme une cavité plus large que ne l'est l'ouverture de sortie, rendent souvent inutile la communication extérieure, et au lieu de se déterger, de se tarir, l'abcès se convertit en fistule. Joignez à ces causes l'altération que peuvent avoir éprouvée les parois osseuses de la caisse, et vous concevrez comment l'otite interne aiguë amène si fréquemment l'otite chronique ou otorrhée. » Il est presque inutile d'ajouter que d'abord les injections doivent être émollientes et calmantes, et que si, plus tard, l'inflammation paraît avoir de la tendance à passer à l'état chronique, on a recours aux injections légèrement excitantes et détersives.

## ARTICLE II.

### OTITE CHRONIQUE.

L'*otite chronique* se divise, comme l'*otite aiguë*, en *externe* et en *interne*. Ces deux espèces ont été décrites souvent sous le nom d'*otorrhée*.

#### 1<sup>o</sup> OTITE CHRONIQUE EXTERNE.

Cette affection n'a pour nous qu'un médiocre intérêt. Les seuls symptômes importants qu'elle présente sont l'écoulement d'un pus jaunâtre ou jaune sale, fétide ou non, sans douleur et avec une dureté plus ou moins marquée de l'ouïe, et parfois des bourdonnements d'oreille.

Ajoutons seulement quelques mots au sujet du *traitement*. Il consiste dans l'emploi d'injections détersives et astringentes, de vésicatoires derrière l'oreille, d'un séton même, si on le croit nécessaire, et des moyens généraux, tels que les bains de mer, les bains sulfureux, etc.

#### 2<sup>o</sup> OTITE CHRONIQUE INTERNE.

Elle succède assez souvent à l'*otite aiguë* ; elle attaque fréquemment les sujets atteints d'affections chroniques, et chez eux elle se développe assez souvent d'une manière spontanée.

[Il est permis d'admettre encore les influences diathésiques *scrofuleuse*, *gout-*

teuse (Joseph Frank, Itard), syphilitique (Wylde), tuberculeuse (Rilliet et Barthez, Grisolles, 1833).

Toutefois on est autorisé à conclure, avec M. Lebert, que les produits tuberculeux sont au moins infiniment rares dans le rocher des phthisiques atteints d'otite chronique. Cet auteur, dans ses recherches microscopiques, n'a jamais pu constater les éléments du tubercule dans le pus des cavités auriculaires.

Cette année même (1860) il nous a été donné de voir, sur le rocher d'un phthisique mort à la Charité, une perforation complète de l'os, accompagnée d'une ulcération de la dure-mère. Cette pièce n'offrait en aucun point de traces tuberculeuses.]

Dans l'otite primitive, une *douleur* permanente, incommode, accompagnée de surdité, se fait sentir dans l'oreille affectée, pendant un temps qui peut être long; puis l'écoulement s'établit et ne tarit plus; seulement il est plus ou moins abondant, suivant diverses circonstances qu'il n'est pas toujours facile d'apprécier. La surdité, les bourdonnements, les sifflements d'oreille sont aussi des symptômes de cette affection.

[Les troubles physiologiques de l'audition peuvent passer par de nombreuses variations. C'est ainsi qu'on peut observer successivement : l'*éréthisme* ou l'*exaltation de l'ouïe*, la *paracousie* ou la *dépravation* de la fonction, la *dysécée* ou *dureté de l'ouïe*, enfin la *cophose* ou surdité presque absolue.

Mais c'est surtout dans les maladies nerveuses que l'on rencontre cette variété bizarre des troubles de l'ouïe.]

De plus, lorsque la membrane du tympan est détruite, ce qui est le cas le plus ordinaire, le malade fait sortir de l'air par l'oreille en soufflant fortement par les fosses nasales, le nez et la bouche étant hermétiquement fermés. Cet air a pénétré dans le tympan par la trompe d'Eustache, et s'est ensuite échappé par l'ouverture accidentelle.

Les moyens de *traitement* sont les mêmes que dans l'espèce précédente; mais, en outre, il faut avoir grand soin de *conserver une libre issue à la suppuration*. Voici, en effet, comment M. Velpeau, à qui nous devons faire ce nouvel emprunt, s'exprime sur ce point : « Un autre point essentiel, dit-il, dans le traitement de l'otite, surtout interne, est d'entretenir un passage libre et continu au produit de la suppuration. C'est surtout après une suppression de l'écoulement que se montrent les complications du côté du cerveau. Ce soin est si important, qu'il est le principal sur lequel le médecin doit fixer son attention. On devra, en pareil cas, répéter les injections émollientes, et, au besoin, sonder la trompe d'Eustache et le conduit auditif pour enlever les amas de pus ou autres qui peuvent boucher les conduits. On devra également, si l'obstruction vient d'un boursoufflement aigu des membranes, faire disparaître le gonflement par des cataplasmes, quelques sangsues, les bains de pied. Enfin, si la suppression dépend d'une autre cause, il faut opérer une dérivation ailleurs. »

### ARTICLE III.

#### OTALGIE.

Il est aujourd'hui démontré que, dans le plus grand nombre des cas qu'on a décrits comme des otalgies, il s'agissait de véritables otites. Cependant il en est quel-

ques-uns où la douleur seule constitue toute la maladie, mais tous les auteurs s'accordent à dire qu'ils sont rares. Le fait est vrai, et ce qu'on n'a pas dit, c'est que, même dans les cas où la maladie est constituée uniquement par la douleur, il arrive très rarement encore que cette douleur soit bornée à l'oreille ; que le plus souvent on trouve d'autres points douloureux, surtout dans le nerf occipital, et que l'otalgie n'est pas, dans ces cas, une maladie distincte, mais un simple symptôme d'une maladie plus générale.

La *douleur* occupe soit le pavillon de l'oreille, soit le conduit auditif, soit une partie plus profonde. Elle est ordinairement lancinante, et les élancements ressemblent à la douleur que produirait un instrument piquant très fin enfoncé vivement dans l'oreille.

Le plus souvent, tous les auteurs en conviennent, d'autres douleurs se font sentir dans le crâne : c'est que la névralgie est étendue à un plus ou moins grand nombre de filets nerveux en dehors de l'oreille. On a dit aussi que la douleur se transporte assez souvent de l'oreille à une autre partie de la tête. Si l'on avait bien observé les faits, on aurait vu qu'il n'y avait réellement pas transport de la douleur, que celle-ci existait déjà hors de l'oreille, et que, devenant moins vive ou nulle dans cet organe, elle acquérait plus d'intensité dans les autres points. C'est ainsi du moins, que nous avons vu les choses se passer dans plusieurs cas.

Ce qui prouve cette vérité, c'est qu'on a cité des cas dans lesquels, en agissant sur des nerfs étrangers à l'oreille, on a procuré la guérison de la maladie. Ainsi on a cité un cas rapporté par Fauchard, dans lequel l'extraction d'une dent cariée a fait cesser la douleur d'oreilles.

*Traitement.* — Les injections calmantes, les fumigations vers le conduit auditif, des émollients, les émissions sanguines locales, la transpiration de la tête provoquée par divers moyens, comme le recommande Itard, les calmants à l'intérieur, tel sont les remèdes préconisés par les auteurs qui se sont occupés spécialement de maladies de l'oreille. Un point très important de ce *traitement* consiste à s'assurer du degré d'étendue de la maladie, c'est-à-dire à rechercher si elle a exclusivement son siège dans l'oreille, ou si elle occupe d'autres points. Dans ce dernier cas, faut attaquer les points douloureux partout où l'on en trouve : vers l'apophyse mastoïde, sur la tempe, sur la mâchoire inférieure, etc. Dans beaucoup de cas où les vésicatoires autour de l'oreille ont procuré la guérison de la maladie, on avait probablement affaire à quelque-une des névralgies décrites dans un autre volume (1), et en attaquant les points douloureux situés hors de l'oreille, on aura triomphé de la maladie, comme on fait disparaître les douleurs du trajet du nerf sciatique en appliquant l'exutoire sur un ou deux des principaux points névralgiques.

(1) Voy. tome I<sup>er</sup>, *Névralgie trifaciale* (page 665), *occipitale* (page 685).

## SECTION QUATRIÈME.

## MALADIES DE LA PEAU.

Dès la plus haute antiquité, les maladies de la peau ont été l'objet d'études aussi fructueuses que le permettait l'état des connaissances médicales. Aussi la plupart d'entre elles sont-elles mentionnées ou décrites dans les ouvrages des médecins les plus anciens. Mais ces auteurs n'avaient pour se guider ni une méthode suffisamment rigoureuse, ni une connaissance assez exacte des signes différentiels de ces maladies. C'est pourquoi il règne une grande confusion dans l'histoire des affections cutanées, qui d'ailleurs n'avait pas été convenablement séparée de celle des autres maladies, jusqu'à l'époque où les travaux de Lorry, de Plenck, d'Alibert, et surtout de Willan (1), sont venus éclairer cette partie importante de la pathologie. Ce n'est pas ici le lieu de signaler les progrès que chacun de ces auteurs a fait faire à l'étude des maladies de la peau ; il me suffit de dire que l'ouvrage de Willan a provisoirement établi les bases d'une description méthodique de ces affections ; que Bateman (2) a puissamment contribué à répandre la classification de cet auteur ; qu'après lui Bielt, MM. Cazenave et Schedel (3) et Rayer (4), ont montré combien cette classification est supérieure à celles qui l'avaient précédée, et ont, par une plus grande exactitude dans les descriptions, ajouté à l'histoire des maladies cutanées.

Nous suivrons ici la classification de Willan, malgré les imperfections qu'elle présente et les reproches qu'on peut justement lui adresser. En effet, elle est classique, encore suivie par un bon nombre d'auteurs, et elle a incontestablement le mérite de préciser mieux que toute autre la nature locale des lésions. Par cela même elle indique des modifications quelquefois importantes de la thérapeutique lorsqu'une même cause générale se traduit à la peau par des localisations d'apparences diverses. En effet, on ne traitera pas topiquement de la même façon un eczéma, un lichen, un lupus scrofuleux.

Voici la classification de Willan, modifiée par Bielt, et que MM. Cazenave et Schedel ont suivie dans leur ouvrage classique.

- Ordre 1<sup>er</sup>. — *Exanthèmes* : Érythème, érysipèle, roséole, rougeole, scarlatine, urticaire.
- Ordre II. — *Vésicules* : Miliaire, varicelle, eczéma, herpès, gale.
- Ordre III. — *Bulles* : Pemphigus, rupia.
- Ordre IV. — *Pustules* : Variole, vaccine, ecthyma, impétigo, acné, mentagre, porrigo.
- Ordre V. — *Papules* : Lichen, prurigo.
- Ordre VI. — *Squames* : Lèpre, psoriasis, pityriasis, ichthyose, pellagre.
- Ordre VII. — *Tubercules* : Éléphantiasis des Grecs, molluscum, frambœsia, bouton d'Alep, kéloïde.

(1) *Descr. and treat. of cutaneous diseases*. London, 1798, 1801, 1805, 1807.

(2) *A pract. synopsis of cutan. diseases according to the arrang. of doctor Willan*. London, 1813.

(3) *Abrégé prat. des maladies de la peau*. — Chausit, *Traité élém. des maladies de la peau*, d'après l'enseignement théorique et les leçons cliniques de M. Cazenave. Paris, 1853.

(4) *Traité théorique et prat. des malad. de la peau*. Paris, 1835, 3 vol. in-8 avec atlas de planches color.

Ordre VIII. — *Macules* : Teinte bronzée, éphélides, nævi, albinisme, vitiligo.

Ordre IX. — *Lupus*.

Ordre X. — *Purpura*.

Ordre XI. — *Éléphantiasis des Arabes*.

Ordre XII. — *Syphilides*.

Depuis lors, M. Cazenave a fait subir à sa classification de nombreux changements que nous allons faire connaître en reproduisant ici le tableau suivant, présenté par M. Chausit (1).

» I<sup>er</sup> GROUPE. — Inflammations. — 1<sup>er</sup> genre. *Éruptions non spécifiques pouvant exister à l'état aigu et à l'état chronique* : Érythème, érysipèle, urticaire, herpès, eczéma, pemphigus, impétigo, ecthyma, sycosis. — 2<sup>e</sup> genre. *Éruptions non spécifiques existant toujours à l'état chronique* : Rupia, lèpre, psoriasis, pityriasis. — 3<sup>e</sup> genre. *Éruptions spécifiques aiguës* : Roséole, rougeole, scarlatine, variolle, vaccine, varicelle, miliaire. — 4<sup>e</sup> genre. *Éruptions spécifiques chroniques* : syphilides.

» II<sup>e</sup> GROUPE. — Lésions de sécrétions. — 1<sup>er</sup> genre. *Lésions de la sécrétion folliculeuse* : Acné, favus. — 2<sup>e</sup> genre. *Lésions de la sécrétion de la matière épidermique* : Ichthyose, productions cornées, pellagre. — 3<sup>e</sup> genre. *Lésions de la sécrétion de la matière colorante* : Décolorations : Albinisme, vitiligo. Colorations : Teinte bronzée, éphélides, nævi pigmentaires.

» III<sup>e</sup> GROUPE. — Hypertrophie, développement anormal des parties affectées. — Éléphantiasis des Arabes, framboesia.

» IV<sup>e</sup> GROUPE. — Dégénérescences, tendance à détruire les parties affectées. — Éléphantiasis des Grecs, bouton d'Alep, kéloïde, lupus.

» V<sup>e</sup> GROUPE. — Maladies hémorrhagiques, maladies caractérisées par la présence du sang plus ou moins altéré hors des vaisseaux qui doivent le contenir.

» VI<sup>e</sup> GROUPE. — Lésions de la sensibilité de la peau. — Hyperesthésie, prurit, prurigo, lichen.

» VII<sup>e</sup> GROUPE. — Corps étrangers. — Acarus, acarus de la gale, pediculus, pulex.

» VIII<sup>e</sup> GROUPE. — Maladies des annexes. — *Maladies des poils* : Alopecie, canitie. *Maladies des ongles* : Onyxis. »

Nous excluons de notre cadre les *fièvres éruptives* (2), qui trouvent naturellement leur place auprès des fièvres proprement dites ; la *miliaire* (3), bien que souvent symptomatique, a été également étudiée dans les fièvres ; enfin les syphilides (4) appartiennent à l'étude de la syphilis en général.

[ Depuis l'époque où les lignes précédentes ont été écrites, l'étude des maladies de la peau a fait, à notre sens, des progrès signalés. Ils sont dus aux investigations et aux vues philosophiques de M. Bazin, de l'hôpital Saint-Louis. Ce médecin distin-

(1) *Traité élément. des maladies de la peau*. Paris, 1853, p. xxxii.

(2) V. tome 1<sup>er</sup>, p. 153.

(3) *Ibid.*, p. 212.

*Ibid.*, p. 455.

gué, envisageant avec sagacité l'importance relative des influences diathésiques qui gouvernent l'organisme, et des manifestations pathologiques enfantées par ces influences, abandonne et combat les idées de Willan, de Bateman et de leurs imitateurs. Les classifications anciennes s'appuyaient sur les lésions, celle de M. Bazin se fonde sur la maladie; de là des idées thérapeutiques bien autrement vraies et fécondes en résultats.

Ce n'est pas tout, descendant aux détails microscopiques, après ces larges remaniements de l'ensemble, M. Bazin déplace de leur rang provisoire des lésions rangées dans les macules, pour les grouper dans une grande famille, celle des affections parasitaires.

Il est donc permis d'adopter la pensée de M. Gibert devant l'Académie : « Si la pathologie cutanée a fait quelques progrès dans ce siècle, c'est à M. Bazin qu'ils sont dus. »

Ainsi, quelques exemples feront mieux comprendre ce que nous venons de dire.

Selon M. Bazin, dans l'immense majorité des cas, les affections connues sous le nom de gourmes, les impétigos, les eczémas, certains lichens, etc., chez les enfants, ne sont pas des maladies isolées, des entités morbides; on doit les considérer comme de simples éléments de la scrofule, comme la seule manifestation que l'aptitude de l'enfance permet à cette diathèse.

D'un autre côté, dans l'âge adulte, les mêmes manifestations cutanées ne sont pas davantage autant de maladies séparées; mais alors elles se rattachent à d'autres diathèses, comme les diathèses herpétique, rhumatismale, goutteuse ou syphilitique.

Le fait est tellement vrai, que l'on voit se succéder ou alterner chez un même individu l'une quelconque des affections cutanées que nous venons d'indiquer, et les phénomènes les plus caractéristiques de la goutte ou de la syphilis.

Enfin, selon M. Bazin, les maladies parasitaires ne sauraient se développer indifféremment chez tous les sujets; il faut au parasitisme un terrain favorable qui ne peut lui être préparé que par une constitution diathésée.

Tel parasite ne peut *prendre* que s'il est accepté par un état particulier de l'économie favorable à la végétation (teigne favus) ou à la nutrition (maladies pédiculaires, gale).

On comprend que nous ne puissions pas exposer avec plus de détails les idées si neuves et si philosophiques de M. Bazin, idées qui ont révolutionné la pathologie cutanée, mais nous prions vivement nos lecteurs de ne pas perdre de vue ces considérations générales en lisant les descriptions qui vont suivre.

La nécessité évidente d'étudier les maladies de la peau, plutôt dans leurs causes que dans leurs manifestations anatomiques, est tellement impérieuse que, parmi les auteurs récents dont les travaux sont absolument originaux, quelques-uns n'ont pas pu se soustraire à l'obligation de créer une classification ayant beaucoup d'analogie avec celle de M. Bazin. Voici, en effet, l'ordre adopté par M. Hardy (1), médecin de l'hôpital Saint-Louis : ]

« 1<sup>re</sup> CLASSE. *Macules, difformités.* — La première classe comprend un certain

(1) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, publiées par L. Moysant. Paris, in-8, 1860



nombre de difformités de la peau qui sont souvent congénitales ou héréditaires, et qui ne s'élèvent qu'accidentellement au rang de maladies. Dans cette catégorie nous trouverons toutes les lésions de coloration, macules, taches de rousseur, éphélides, vitiligo, lentigo; certaines tumeurs, verrues, molluscum; on doit y ajouter encore l'ichthyose et la kéloïde. Ces lésions ne réclament généralement aucun traitement médical. Si l'on veut les guérir, lorsqu'elles sont locales, il faut chercher à les détruire par l'incision et les caustiques.

» 2° CLASSE. — *Inflammations locales*. Ce sont, comme leur nom l'indique, de simples inflammations locales, sans aucune relation avec un état général quelconque. Il y a bien quelquefois au début un mouvement fébrile, mais peu intense, et le plus souvent éphémère. Dans ce groupe nous trouvons l'érythème, l'urticaire, l'herpès, l'ecthyma, le pemphigus, etc. La thérapeutique de ces affections est simple; des antiphlogistiques légers, locaux et généraux, suffisent le plus souvent.

» 3° CLASSE. *Maladies parasitaires*. — Dans la troisième classe, nous rencontrons des affections encore purement locales, mais dues à la présence d'un parasite, animal ou végétal (gale, sycosis, herpès circiné, favus). L'indication thérapeutique est précise, elle repose tout entière sur la destruction du parasite.

» 4° CLASSE. *Fièvres eruptives*. — Cette classe renferme des affections qui ne sont plus localisées comme les précédentes, mais qui se rattachent à une cause générale, c'est-à-dire à l'introduction dans l'économie d'un virus particulier à chaque maladie: telles sont la scarlatine, la rougeole, la variole, etc. L'éruption cutanée est précédée et s'accompagne de phénomènes généraux plus ou moins intenses. Pour le traitement, on doit respecter le travail organique, qui constitue la maladie principale, et combattre les complications.

» 5° CLASSE. *Eruptions symptomatiques*. — Ici l'éruption n'est qu'accessoire et n'occupe qu'une place très secondaire dans l'histoire de la maladie; nous rangerons dans ce groupe l'*herpès labialis*, les taches rosées de la fièvre typhoïde, les sudamina, le purpura. Le traitement devra s'adresser à la maladie principale.

» 6° CLASSE. *Dartres*. — Les dartres, qui constituent la sixième classe, dépendent d'un état particulier, d'une disposition générale de l'économie, que l'on appelle diathèse dartreuse. Les maladies dartreuses sont: l'eczéma, le psoriasis, le lichen, le pityriasis. Dans ces maladies constitutionnelles, la nécessité d'un traitement général et spécial ressort d'une manière évidente.

» 7° CLASSE. *Scrofulides*. — Immédiatement après les dartres nous devons placer une classe de maladies bien importantes, et qui est également due à une diathèse particulière, à la diathèse scrofuleuse; et nous avons proposé d'appeler *scrofulides* ces manifestations cutanées. Aux modificateurs locaux s'ajoute nécessairement le traitement général de la diathèse.

» 8° CLASSE. *Syphilides*. — La huitième classe est formée par les syphilides, qui sont aussi dues à une diathèse, non plus nécessairement innée et héréditaire, mais ordinairement acquise, à la diathèse syphilitique. C'est à Bielt que nous devons nos premières notions sur ces maladies. Le traitement est celui de la syphilis.

» 9° CLASSE. *Cancers*. — Dans le dixième groupe nous placerons le cancer de la peau. Outre les différentes formes de cancer dont la peau peut être affectée, la plus commune est celle qui est désignée sous le nom de *cancroïde*. L'indication thé-

La technique est également précise : la partie de la peau affectée de cancer doit être enlevée par l'instrument tranchant ou le caustique, et, d'après une expérience ancienne, nous avouons, dans ce cas, notre prédilection pour le dernier moyen.

10° CLASSE. *Maladies exotiques.* — Dans la dixième classe, nous rangerons les affections qui ne s'observent pas dans nos climats et que l'on ne rencontre que dans d'autres contrées présentant des conditions climatiques tout à fait différentes des nôtres (lèpre tuberculeuse, pian, etc.).]

## CHAPITRE PREMIER.

### EXANTHÈMES.

Les exanthèmes ont des prodromes communs, qui sont : des frissons irréguliers, des lassitudes spontanées, un mouvement fébrile souvent fort intense, la céphalalgie, la soif, l'anorexie. Or, l'existence de ces symptômes communs donne à ces maladies une physionomie particulière, et les rapproche des fièvres, ainsi que presque tous les auteurs ont eu soin de le faire remarquer. En outre, ces prodromes ont en général une assez longue durée, de telle sorte que, pendant un ou plusieurs jours, il n'existe qu'une fièvre qui souvent laisse le diagnostic incertain.

### ARTICLE 1<sup>er</sup>.

#### ÉRYTHÈME.

Cette affection est peu importante ; elle a été étudiée presque exclusivement par les médecins qui se sont occupés spécialement des maladies de la peau.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'érythème est un exanthème caractérisé par une rougeur légère et superficielle sans forme déterminée.

Willan est le premier qui ait donné à cette affection le nom d'*érythème* ; Bateman et Bielt ont adopté cette dénomination. On a aussi désigné l'érythème sous les noms d'*intertrigo*, *macula volatica*, *efflorescence*. Alibert lui donnait celui de *dartre érythémoïde*.

L'érythème est une affection cutanée qui se présente très fréquemment, ce que l'on comprendra très facilement lorsque nous aurons énuméré les causes qui le produisent.

#### § II. — Causes.

« L'érythème, disent MM. Cazenave et Schedel, résulte souvent de l'action plus ou moins directe, sur la surface de la peau, de diverses causes extérieures : ainsi

il est produit par le *frottement répété de deux surfaces contiguës du corps*, surtout chez les enfants et chez les personnes plus ou moins chargées d'embonpoint. On l'observe alors au-dessous des mamelles, aux aisselles, aux aines, à la partie supérieure des cuisses (*intertrigo*, Sauvages). Dans les mêmes circonstances, il survient aussi aux fesses et à la partie interne des cuisses, à la suite d'une *marche* ou d'une *équitation forcée*.

• Il peut encore être produit par l'action du *soleil* et du *froid*, le contact des *flueurs blanches*, du *flux gonorrhéique* et *dysentérique*, des urines et des *matières fécales*. Il survient quelquefois à la lèvre supérieure, déterminé par le contact du *fluide âcre* qui s'écoule des narines dans le *coryza*. »

L'érythème est souvent *symptomatique d'une autre affection*. On le voit fréquemment se développer chez les enfants, à l'époque de la *dentition*; chez les individus pléthoriques, et chez les femmes, lors des *évacuations menstruelles*, à l'époque critique. Il survient à la suite de l'ingestion de substances irritantes, et on l'observe quelquefois après l'administration du baume de copahu.

### § III. — Symptômes.

Il est rare de voir l'érythème précédé de symptômes généraux. Quand il existe, ils consistent en un malaise général, une légère anorexie, un peu de lassitude.

Il est constitué par des *taches* d'une étendue très variable et irrégulières. Ces taches sont d'un rouge un peu vif; elles sont très superficielles et *disparaissent sous la pression* du doigt, pour se reproduire immédiatement après.

La limite de ces taches est loin d'être aussi distincte que celle de l'érysipèle; le plus souvent, au contraire, la rougeur érythémateuse se perd insensiblement vers les points de la peau qui ont conservé leur teinte normale.

Il y a, dans le point occupé par ces taches, une *chaleur* un peu plus vive que dans les points restés sains; cela doit s'entendre surtout de la sensation éprouvée par le malade. La *douleur* est presque toujours très peu vive; c'est un léger sentiment de cuisson qui par moments devient plus aigu. C'est surtout lorsque les parties sont exposées à une vive chaleur que la douleur augmente.

Il est rare que cette rougeur s'accompagne de *gonflement*. Lorsqu'il existe une tuméfaction, elle présente des caractères particuliers qui ont servi à diviser l'érythème en plusieurs variétés.

1° *Erythème papuleux*. — Cet érythème est constitué par des *plaques* d'une petite étendue, légèrement saillantes, semblables à des papules. Les plaques sont d'abord rouges, mais deviennent ensuite violacées, comme toutes les parties enflammées dans lesquelles l'inflammation se termine par résolution. Du reste, la tuméfaction qui constitue ces plaques ne tarde pas à diminuer, car il est rare qu'elle dure plus de deux jours, et l'érythème est réduit alors à la simple rougeur.

2° *Erythème tuberculeux* (*erythema tuberculatum* de Willan). — Cette variété se différencie de la précédente que par la persistance des plaques. Elles deviennent plus saillantes, ce qui les a fait comparer aux tubercules de la peau.

3° *Erythème noueux*. — Cette variété, qui se montre principalement à la partie antérieure de la jambe et attaque surtout les enfants, les femmes, les sujets à con-

stitution molle, est beaucoup plus fréquemment que toutes les autres précédée de symptômes généraux (soif, anorexie, léger mouvement fébrile).

Les taches sont un peu élevées vers le centre, et leur largeur varie de 1 à 3 centimètres de diamètre. Ces taches deviennent, au bout de quelques jours, de véritables petites tumeurs d'un rouge un peu sombre et douloureuses. La teinte ne tarde pas à devenir bleuâtre, les petites tumeurs se ramollissent, et, au bout de dix à quinze jours, elles ont disparu.

[Cette variété, assez commune, est quelquefois caractérisée par des traits plus accentués, et a presque l'importance d'une petite maladie. Quelques troubles digestifs et un léger mouvement fébrile précèdent son apparition ; puis les malades ressentent des douleurs de courbature, et alors on voit apparaître sur les membres une éruption particulière et caractéristique. Cette éruption n'est pas seulement limitée aux jambes, comme le disent quelques auteurs ; nous l'avons constatée bien des fois aux bras, sur les parties latérales du tronc, et même à la face. Elle consiste en une rougeur légère, superficielle, généralement disposée par plaques arrondies, et qui recouvre diverses parties des membres. Les douleurs persistent pendant l'éruption, et affectent par leur mobilité une grande ressemblance avec le rhumatisme, d'où le nom d'*érythème rhumatismal* que l'on trouve dans les anciens auteurs. Dans ces cas elle a une durée qui peut s'étendre jusqu'à six semaines, deux mois, et il n'est pas rare de voir la maladie s'accompagner de troubles digestifs, tels que l'embarras gastrique et l'ictère.

M. le professeur Schœnlein, de Berlin, a décrit, sous le nom de *pélioze rhumatismale*, une éruption qui, jusqu'à ce jour, aurait, selon lui, échappé à l'observation, et qui est caractérisée par de petites taches rouges, persistantes, ayant ordinairement leur siège autour des articulations des membres inférieurs, et s'accompagnant de douleurs dans les mêmes jointures, sans trouble appréciable de l'état général. MM. F. Duriau et Maximin Legrand (1) ont facilement démontré que cette affection n'est nullement inconnue, et qu'elle est identique avec l'éruption désignée depuis longtemps par les médecins français et anglais sous le nom d'*érythème noueux* ou *rhumatimal*. Nous n'avons donc pas à nous en occuper davantage.]

Telles sont les variétés principales de l'érythème ; on voit que les plus importantes sont : 1° celle dans laquelle l'érythème superficiel occupe une très grande surface ; 2° l'érythème noueux.

On a décrit sous le nom d'*intertrigo* l'érythème qui résulte d'un frottement de deux surfaces contiguës ; en pareil cas il existe parfois un suintement séro-purulent d'une odeur fade ; l'*érythème fugace* est celui qui se montre et disparaît promptement dans le cours d'un mouvement fébrile continu ou intermittent ; l'*érythème urtifuge*, variété rare décrite par Bielt, est remarquable par l'élévation des plaques et leur rougeur au pourtour, et aussi par leur début, car elles commencent par un point papuleux qui prend un accroissement excentrique ; enfin quelquefois l'érythème laisse après lui une *légère desquamation*.

Le diagnostic de l'érythème n'est pas assez important pour que nous y insistions. Nous verrons, en effet, plus loin que l'érysipèle, l'urticaire, etc., diffèrent essentiellement de cette maladie, et il suffira de comparer les descriptions.

(1) De la *pélioze rhumatismale* (Revue médicale, 1838).

Le *traitement* de cette affection est bien simple. Dans l'*érythème simple*, il suffit de quelques *lotions adoucissantes* et de *boissons rafraîchissantes*. S'il s'agit de l'*intertrigo* dû au frottement de deux surfaces contiguës, il faut, et c'est une pratique vulgaire, saupoudrer les parties avec une poudre absorbante, comme la *poudre de lycopode*, de *bois vermoulu*, d'*amidon*.

• Les érythèmes ou rougeurs morbides qui apparaissent souvent, dit M. Cazenave, chez les femmes, à l'époque critique, qui coïncident avec un retard ou une suppression du flux menstruel, réclament l'emploi des émissions sanguines, des délayants, un régime doux et des moyens applicables à un état pléthorique.

• L'érythème noueux ne réclame en général aucun moyen particulier, quoiqu'il constitue la variété la plus grave ; les topiques, d'abord adoucissants, et ensuite astringents, sont tout à fait inutiles : de légers *laxatifs*, et, dans quelques cas rares, de *légères émissions sanguines*, composent tout le traitement. Ajoutons toutefois qu'une précaution indispensable est le *repos absolu de la partie malade*.

M. Wilson (1) a employé avec succès des applications de *collodion* sur les points malades dans des érythèmes chroniques de la face ; mais on se rappellera que ce moyen est très douloureux.

## ARTICLE II.

### ÉRYSIPELE.

Tous les auteurs ont consacré à l'érysipèle un article important. C'est, en effet, une maladie presque toujours sérieuse, parfois fort grave, et qui réclame un traitement assez actif.

De nombreuses divisions ont été proposées pour l'étude de l'érysipèle. Nous nous arrêterons pas à celles qu'on admettait dans les siècles derniers, parce qu'on confondait des affections diverses sous le nom d'*érysipèle*. Quant à celles qu'on a proposées plus récemment, il est facile de s'assurer qu'un bon nombre d'entre elles reposent sur des circonstances accessoires. Ainsi, quand on nous parle de l'*érysipèle gastrique*, de l'*érysipèle lymphatique*, *veineux*, etc., on s'attache évidemment à des particularités qu'il suffit de mentionner. Nous pensons donc, avec la plupart des auteurs français modernes, qu'il suffit de distinguer : 1° un *érysipèle simple*, ou *vrai* (Cazenave) ; 2° un *érysipèle phlegmoneux*. Quant à l'*érysipèle gangréneux*, il n'est pas très important de l'admettre, puisqu'il n'est autre chose que le résultat de la violence de l'inflammation, principalement dans les cas d'*érysipèle phlegmoneux*. A plus forte raison devons-nous négliger ici les variétés désignées sous le nom d'*érysipèle œdémateux*, *vésiculeux*, *bulleux*, car elles résultent de particularités peu importantes qu'il suffira de mentionner dans le cours de la description. Mais il est une forme à laquelle nous consacrerons quelques mots en particulier : c'est l'*érysipèle ambulante*. Cette forme, en effet, et les praticiens le savent bien, a, sous le rapport de la marche, de la durée, de la gravité de la maladie, la plus grande importance, et, à ces titres, elle mérite une mention toute particulière. Quant à l'*érysipèle compliqué*, il suffira d'indiquer dans le cours de cet article les complications qui ont été observées. Ainsi nous n'admettons comme

(1) *The Lancet*, et *Répert. de pharm.*, janvier 1849.

grandes divisions que les suivantes : *érysipèle simple*, *érysipèle phlegmoneux*, *érysipèle ambulant*.

### § I. — Définition, synonymie.

L'*érysipèle* est l'inflammation de la peau (*érysipèle simple*), s'étendant parfois au tissu cellulaire sous-cutané (*érysipèle phlegmoneux*), partant ordinairement d'un point central pour s'étendre aux parties voisines (*érysipèle fixe*), parfois rampant, pour ainsi dire, sur la surface cutanée, en envahissant de proche en proche une grande étendue du corps (*érysipèle ambulant*). Cette simple définition suffit, et il est inutile d'y ajouter les principaux caractères symptomatiques de l'affection.

L'*érysipèle* a reçu un grand nombre de dénominations : ainsi on l'a appelé *ignis sacer*, *febris erysipelatosæ*, *rosa*, *feu Saint-Antoine*, *mal des ardents*, *feu sacré*, etc. Le nom d'*érysipèle* est aujourd'hui généralement employé.

L'*érysipèle* est une maladie assez fréquente ; nous verrons plus loin quelles sont les parties qui en sont le plus fréquemment atteintes, et quelles sont les formes qu'on observe le plus ordinairement.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

Nous avons, sur les causes de l'*érysipèle*, quelques recherches importantes que nous allons mettre à profit.

Les renseignements que nous trouvons dans la science sur l'influence de l'âge sont assez vagues. Cependant on peut dire d'une manière générale que les diverses parties du corps ne sont pas également sujettes à l'*érysipèle* aux différents âges. Chez les nouveau-nés, l'*érysipèle* se montre principalement sur l'abdomen ; chez les adultes, à la face, et chez les vieillards, aux membres, et surtout aux membres inférieurs.

*Sexe.* — Les femmes sont un peu plus prédisposées à l'*érysipèle* que les hommes ; c'est ce qui résulte des relevés de MM. Louis, Chomel et Blache.

*Tempérament, constitution.* — Nous n'avons pas sur ce point de renseignements précis. On admet généralement que toutes les constitutions sont à peu près également sujettes à l'*érysipèle*, mais que si la constitution est robuste et le tempérament sanguin, l'*érysipèle* sera ordinairement inflammatoire ou phlegmoneux, tandis que, chez un sujet faible et lymphatique, il sera œdémateux, etc. Inutile de dire que ce sont là des indications vagues qui auraient bien besoin d'être précisées.

*Climats, saisons.* — C'est encore un point sur lequel nous n'avons pas de renseignements exacts. On pense que l'*érysipèle* est plus fréquent dans les climats chauds, et quant aux saisons, Chomel et M. Blache disent que le printemps et l'automne favorisent le développement de l'*érysipèle*.

L'alimentation excitante et l'abus des boissons alcooliques seraient, d'après quelques auteurs, des conditions favorables à la production de cette maladie ; mais rien n'est moins prouvé.

*Constitution médicale.* — Une multitude de faits nous apprennent qu'à certaines époques les érysipèles sont très fréquents. Alors la moindre lésion à l'enveloppe



cutanée devient la cause déterminante d'un érysipèle. C'est au point que les chirurgiens n'osent pas entreprendre la plus simple opération. Qu'y a-t-il dans l'état de l'atmosphère qui puisse rendre raison de cette fréquence extrême de l'érysipèle? C'est ce qui n'a pu être déterminé jusqu'à présent.

*Hérédité.* — On a rapporté des faits qui semblent prouver que, dans certaines familles, l'érysipèle se produit spontanément avec une grande facilité, et aussi sous l'influence de la cause la plus légère. Mais nous ne sommes pas encore bien fixés sur ce point. Ce qu'il y a de certain, c'est que quelques individus sont particulièrement disposés à l'érysipèle et en sont fréquemment atteints. On en voit qui, sans cause connue, ont, une ou deux fois par an, un érysipèle de la face.

*État de santé.* — L'état de santé des individus mérite une mention particulière, non-seulement parce que l'érysipèle se produit avec une grande facilité chez des sujets déjà plus ou moins gravement malades, mais encore parce que, lorsque la santé est altérée, l'érysipèle a une bien plus grande gravité. C'est ainsi que M. Louis a pu établir que l'érysipèle de la face, lorsqu'il survient chez un individu sain et robuste, se termine toujours par la guérison, tandis que, dans des conditions opposées, il peut occasionner la mort. On voit, dans des cas qui ne sont pas très-rare, un érysipèle, et surtout un érysipèle ambulant, venir, vers la fin des maladies chroniques, hâter la mort des malades.

## 2° Causes occasionnelles.

Nous venons de voir combien est grande la part de la prédisposition dans la production de l'érysipèle; elle est telle que, suivant plusieurs auteurs, l'action des causes extérieures ne suffit jamais pour produire cette maladie, et il est difficile de ne pas partager cette opinion, bien que, dans quelques cas exceptionnels, une irritation vive et prolongée de la peau ait paru déterminer par elle-même l'érysipèle.

Nous savons que certaines lésions sont favorables à la production de cette maladie : ainsi l'œdème, l'éléphantiasis des Arabes, les ulcères, les varices, etc. Certaines opérations paraissent devoir aussi, plus que les autres, être rangées parmi les causes déterminantes : ce sont principalement celles qui se pratiquent sur la face. On sait que l'érysipèle abdominal des nouveau-nés est souvent occasionné par l'inflammation de la veine ombilicale.

On a attribué la même influence à l'alimentation irritante ou à des aliments particuliers. On a cité des faits curieux dans lesquels, en effet, l'usage de certains aliments produisait l'érysipèle; mais ce sont là des résultats d'une idiosyncrasie qui ne doivent pas nous arrêter.

Les documents que nous possédons sur l'influence des émotions morales et des impressions atmosphériques sont peu précis. On a rapporté des cas dans lesquels ces causes se sont fait remarquer, mais ce sont des cas rares et peu importants pour nous.

Les agents irritants appliqués sur la peau, les frictions, les coups, les plaies, etc., sont assez souvent suivis d'érysipèle; mais c'est surtout quand il s'agit de ces causes qu'il faut invoquer cette prédisposition dont il a été parlé plus haut. On voit certains individus chez lesquels il se produit un érysipèle à la suite d'une lésion, qu'on a occasion d'observer des centaines de fois chez d'autres, sans qu'il survienne un semblable accident.

ous ne faisons qu'indiquer la *contagion* admise par quelques auteurs, mais sans fondement ; rappelons seulement que l'érysipèle se montre assez fréquemment sous forme épidémique.

### § III. — Symptômes.

C'est surtout lorsqu'il s'agit de la description des symptômes qu'il importe de faire la division indiquée plus haut, et d'y ajouter quelques sous-divisions qui ne sont pas sans importance : celles, en particulier, qui consistent dans l'étude des divers érysipèles considérés sous le rapport de leur siège. C'est ainsi que l'*érysipèle de la face*, par exemple, présente, outre les symptômes communs à tous les érysipèles, des particularités qui méritent de fixer notre attention.

1° *Erysipèle simple*. — L'érysipèle simple est celui que l'on doit étudier comme type. Il est, en effet, facile d'ajouter ensuite à la description de l'inflammation limitée à la peau les autres lésions qui peuvent être considérées comme une extension ou une complication de cette inflammation cutanée.

*Début*. — L'érysipèle débute tantôt par des symptômes locaux, et tantôt par des symptômes généraux plus ou moins intenses, qui peuvent durer pendant vingt-quatre heures et plus. Dans le premier cas, c'est la rougeur et un sentiment de chaleur douloureuse qui ouvrent la scène ; dans le second, il y a des frissons, des horripilations, de la soif, de l'anorexie, une lassitude spontanée, l'accélération du pouls ; en un mot, ces symptômes qui annoncent qu'une phlegmasie assez intense va se développer, sans qu'on puisse dire quel en sera le siège.

Nous verrons plus loin que les ganglions lymphatiques dans lesquels vont se rendre les vaisseaux lymphatiques de la partie affectée présentent parfois une tuméfaction douloureuse. Or, cette tuméfaction existe, dans quelques cas, avant même l'apparition de la rougeur érysipélateuse : c'est ce qu'on observe, particulièrement dans les ganglions sous-maxillaires, chez les sujets affectés d'érysipèle de la face, et ce qui a permis à Chomel d'annoncer l'apparition d'un érysipèle facial, dans que rien, dans l'état de la peau de la face, ne pouvait le faire prévoir. Mais il ne faut pas croire que ce soit là un cas ordinaire, et c'est un point sur lequel nous reviendrons plus tard. On sait que pour M. Velpeau l'adénite sous-maxillaire ne précède pas un érysipèle qui va naître, mais indique que l'érysipèle est déjà né, mais invisible.

*Symptômes*. — La douleur consiste d'abord dans un sentiment de chaleur âcre, qui s'accompagne quelquefois d'un prurit désagréable. Bientôt les autres symptômes augmentant, cette chaleur devient brûlante ; il y a un sentiment de cuisson accompagné de tension. Cette douleur est continue, mais souvent il survient des exacerbations, principalement le soir. Il suffit du plus léger contact pour l'exacerber. Dans quelques cas, la douleur est médiocrement vive.

La rougeur varie du rose clair au rouge foncé : cette dernière coloration se remarque surtout à une époque assez avancée de la maladie.

Outre le sentiment de chaleur éprouvé par le malade, on constate une augmentation de la calorification dans les parties affectées ; mais ces parties, examinées au thermomètre, ne donnent guère que deux ou trois degrés de plus que les parties saines, quoique le sentiment de chaleur paraisse indiquer une augmentation beaucoup plus grande.

La peau enflammée *se tuméfie*. Les parties sont gonflées, tendues, mais l'augmentation d'épaisseur de la peau est surtout remarquable aux limites de l'érysipèle. Là, en effet, la peau malade fait une saillie qu'il est facile de reconnaître passant le doigt des parties saines aux parties affectées. On sent un bourrelet manifeste plus ou moins marqué suivant les cas. Cette exploration sert encore à reconnaître une augmentation de consistance dans la partie malade. La peau saine est douce et souple au toucher, la peau malade est résistante et un peu rabotée.

Cette dernière sensation provient de l'augmentation de volume des papilles derme, qui forment à la surface du tégument de petites *granulations* visibles à l'œil nu, phénomène important à constater, et que l'on peut rapprocher des granulations qui apparaissent sur la surface des muqueuses enflammées.

Outre cet épaissement de la peau, il y a ordinairement encore un état de *tension* des tissus sous-jacents, qui est dû sans aucun doute à l'afflux des liquides vers les parties enflammées, et qui augmente le gonflement. Lorsque cet afflux de liquides est plus considérable, il se produit un état œdémateux, remarquable surtout dans les points où le tissu cellulaire est lâche : aux paupières, par exemple. C'est là proprement ce qu'on doit appeler *érysipèle œdémateux*, car l'érysipèle qui se manifeste sur une partie affectée d'œdème ne mérite réellement pas ce nom.

Du gonflement et de la douleur résulte nécessairement un embarras marqué dans les fonctions des parties malades. Les *mouvements* sont difficiles et causent des souffrances plus ou moins vives ; les ouvertures s'obstruent : ainsi le passage de l'air est difficile dans les narines, les yeux sont fermés par suite de l'œdème des paupières, les membres se fléchissent difficilement, etc. En outre, les fonctions de la peau malade sont suspendues, et la transpiration ne peut plus s'effectuer.

Les *symptômes généraux* qui accompagnent ces phénomènes sont souvent intenses. Ainsi on observe une augmentation considérable de la chaleur générale, surtout la nuit. Le pouls est accéléré, plein et fort ; il peut présenter 120 pulsations par minute, et plus encore. Il y a de la céphalalgie, de l'anxiété ; de l'agitation la nuit ; de l'insomnie, ou au contraire de la somnolence. L'anorexie est complète, et les malades ont parfois des nausées ou des vomissements. Du côté de l'abdomen, on ne constate rien de remarquable, si ce n'est une tendance à la constipation.

Ces symptômes, du reste, varient beaucoup d'intensité ; c'est ce qu'il suffit de mentionner. En outre, il faut remarquer que certains de ces phénomènes présentent nécessairement diverses particularités, suivant le siège occupé par la maladie ; mais c'est un point sur lequel nous reviendrons en parlant des érysipèles de la face, de l'abdomen, etc.

Les symptômes généraux s'apaisent ordinairement un peu avant que les symptômes locaux paraissent diminuer d'intensité. La chaleur devient moins grande, le pouls surtout perd de sa force et de sa fréquence, et le malade sent un mieux général. Puis la rougeur prend une teinte brunâtre, le gonflement diminue, la peau est moins tendue, un peu ridée, et il se produit une *desquamation* plus ou moins sensible. Ce sont, en effet, quelquefois de larges squames, d'autres fois une simple poussière blanche et sèche. On a parlé de *desquamation générale* du corps à la suite d'un érysipèle borné à une partie limitée, mais ce sont là des cas tout

fait exceptionnels. Lorsque la desquamation est terminée, il reste, pendant un temps ordinairement assez long, une coloration rouge brunâtre des tissus affectés, qui ne se dissipe que peu à peu.

Telle est la description de l'érysipèle dans son état de simplicité. Mais, sans perdre ce caractère, cette maladie peut présenter quelques phénomènes accessoires dont on s'est généralement beaucoup trop occupé, et qu'il suffit de mentionner. Ainsi on voit parfois de véritables phlyctènes ou bulles se former sur la partie enflammée : le liquide qu'elles contiennent se dessèche ou bien s'écoule par suite de la rupture de la bulle, des croûtes se produisent : c'est là ce qu'on a appelé *érysipèle phlycténoïde*, *bulleux*, *croûteux*, *pemphigique*. D'autres fois il se forme des vésicules plus ou moins fines, qui, dans quelques cas, se remplissant d'un liquide purulent, ont la forme de véritables pustules. On a donné, en pareil cas, à l'érysipèle, les noms d'*érysipèle vésiculeux*, *eczémateux*, *pustuleux*, *miliaire*.

On sent que de pareilles particularités ne méritent pas de nous arrêter longtemps. Tout ce qu'il importe de dire, c'est qu'en général, lorsqu'elles se présentent, l'inflammation cutanée a une assez grande intensité, et les symptômes généraux sont plus violents que dans les cas où elles n'existent pas.

Il arrive quelquefois qu'à la suite de l'érysipèle il se forme, dans un ou plusieurs points des parties enflammées, des *abcès* généralement peu considérables, qu'on est obligé d'évacuer et qui retardent la guérison. La formation du pus est habituellement la conséquence d'une vive inflammation accompagnée de symptômes généraux intenses, et est ordinairement annoncée par une recrudescence des symptômes généraux et par des horripilations ; mais il n'est pas très rare de voir ces abcès se produire chez des sujets qui ont eu un mouvement fébrile peu prononcé, et chez lesquels le pus se forme sans réaction appréciable. Il est à peine nécessaire de faire remarquer le rapport qui existe entre cet érysipèle suivi d'abcès et l'érysipèle phlegmoneux dont on va parler.

2° *Erysipèle phlegmoneux*. — Nous ne nous étendrons pas longuement sur l'érysipèle phlegmoneux, qui intéresse beaucoup plus la pathologie externe que la pathologie interne, et nous ne mentionnerons que les particularités les plus remarquables.

Les *symptômes précurseurs* sont constants : ils sont de la même nature que les précédents, mais plus intenses. Le point qui doit être envahi par l'érysipèle est déjà le siège d'une tension et d'une pesanteur plus ou moins marquées.

La *rougeur*, au lieu de s'étendre en nappe, s'étend ordinairement en *stries*, remarquables surtout le long des vaisseaux lymphatiques. Les *ganglions* voisins sont fortement endommagés et douloureux. Le gonflement est plus considérable, la consistance des parties plus grande que dans l'érysipèle simple. La chaleur est plus intense, la douleur plus vive. Des *phlyctènes* se forment très souvent sur la surface malade.

Plus tard, la tuméfaction devient plus considérable, la consistance est pâteuse, et, plus tard encore, les tissus s'affaissent, la rougeur pâlit, et la douleur devient beaucoup plus faible : c'est que le pus commence à se former dans le tissu cellulaire.

A une époque plus avancée, la *fluctuation* devient manifeste, et on la reconnaît dans différents points séparés par des tissus encore endurcis. Puis le pus s'accumulant toujours, la peau se décolle, s'amincit ; des ouvertures s'y

produisent si l'instrument du chirurgien n'en a pas déjà pratiqué ; il s'écoule une grande quantité de pus liquide, grisâtre ou brunâtre, fétide, entraînant souvent des lambeaux de tissu cellulaire gangrené.

Enfin de larges clapiers se forment ; la peau décollée se plisse, se mortifie. Si le mal n'est pas assez considérable pour causer la mort, des portions de peau mortifiée se détachent ; il en résulte des plaies plus ou moins étendues qui sont longues à se cicatriser ; d'autres portions se recollent avec plus ou moins de lenteur, et il reste des cicatrices souvent irrégulières et profondes. Lorsque la maladie est assez intense pour causer la mort, la suppuration devient intarissable ; il se forme parfois des *abcès métastatiques*.

Pendant que ces phénomènes locaux se manifestent, les *symptômes généraux*, dont l'intensité est toujours considérable, suivent différentes phases. Ainsi, avant que le pus soit formé, lorsque l'inflammation est dans toute sa violence, il y a un mouvement fébrile considérable : agitation, délire, chaleur brûlante, pouls très accéléré. Lorsque le pus se forme, on observe les phénomènes de la *suppuration* : frissons, horripilations, altération des traits, prostration des forces, pulsations dans les parties enflammées. Lorsque la suppuration est établie, et qu'elle est très abondante, on voit survenir des sueurs profuses, la diarrhée colliquative, les symptômes de la *fièvre hectique*. Enfin, dans certains cas, on observe les symptômes généraux de la *résorption purulente* (1).

La description qu'on vient de lire de l'érysipèle phlegmoneux serait assurément très incomplète, si, comme il est dit plus haut, nous n'avions pas voulu nous borner à indiquer les particularités les plus importantes ; mais cette simple indication est suffisante pour nous. Recherchons maintenant ce qu'il importe de savoir relativement au siège de l'érysipèle, et, pour cela, étudions cette maladie dans les points où elle se présente avec quelques caractères remarquables.

*a. Erysipèle de la face.* — L'érysipèle de la face est celui qui non-seulement se montre le plus souvent à l'observation, mais encore se produit le plus fréquemment sans cause déterminante appréciable.

Il commence ordinairement par un des côtés du nez, puis gagne l'autre, envahit les joues, et se porte vers le cuir chevelu.

Les parties qu'il occupe étant presque toutes denses et serrées, la douleur est assez vive, à moins que l'inflammation ne soit très légère. Les paupières se gonflent beaucoup lorsque l'inflammation les atteint ; l'œil est fermé, des larmes s'en écoulent. Parfois l'inflammation gagne le tissu cellulaire de l'orbite, et y produit des abcès.

L'oreille, ayant des tissus plus denses et plus serrés que les autres parties, devient très douloureuse ; le conduit auditif est obstrué par le gonflement. Les lèvres se tuméfient et deviennent très épaisses ; elles s'ouvrent avec peine, et il s'écoule par leur commissure une salive visqueuse. La douleur est également vive au cuir chevelu.

L'état granulé de la peau est remarquable dans le cas d'érysipèle de la face. Il en est de même de la desquamation qui survient lorsque l'inflammation s'est calmée.

(1) Voy. article *Phlébite*, t. III, p. 341 et suiv.



La *céphalalgie* est généralement grande, surtout lorsque l'inflammation atteint le cuir chevelu. On a attribué le délire à cette invasion du cuir chevelu par l'inflammation, et à la transmission de celle-ci aux membranes cérébrales; mais rien ne prouve l'exactitude de ces idées théoriques: le délire est sous la dépendance de la violence de l'état fébrile. M. Piorry a attribué le délire à la transmission de l'inflammation au cerveau à travers les parties molles de l'orbite; mais les faits prouvent qu'il est dans l'erreur. Sans doute il y a du délire lorsque l'inflammation s'enfonce profondément dans l'orbite; mais c'est uniquement parce que cette inflammation est très violente, que les symptômes généraux sont très intenses, en un mot, parce que l'érysipèle est très grave, et non, comme le prétend ce médecin, parce que l'inflammation a pénétré jusqu'au nerf optique et au cerveau. Ce qui le prouve, c'est qu'on voit succomber des sujets avec un délire très intense, bien que le tissu cellulaire de l'orbite et l'encéphale soient dans un parfait état d'intégrité. C'est ce que nous avons constaté pour notre part, et ce que beaucoup d'autres médecins ont pu voir comme nous.

La *tuméfaction des ganglions sous-maxillaires* est un fait rare. Le plus souvent elle est sous la dépendance d'une *angine concomitante* (Gubler).

*b. Erysipèle du cuir chevelu.* — Il est rare que l'érysipèle commence spontanément, c'est-à-dire sans lésion déterminante, dans le cuir chevelu, et plus rare encore qu'il reste fixé dans cette partie. Cependant on peut observer des cas de ce genre. Chomel et M. Blache disent que l'un d'eux a eu quelques occasions d'en voir (1). Nous ne savons, sur ces cas, que ce qu'en ont dit les deux auteurs déjà cités, et qu'on peut résumer ainsi: Agitation, insomnie, délire passager, empatement, œdème du cuir chevelu, rougeur presque nulle; décubitus sur le dos impossible lorsque l'inflammation s'étend à l'occiput; douleur très vive, exaspérée par le plus léger contact; formation profonde du pus, décollement du péricrâne, carie, nécrose des os. Et, comme symptômes généraux; fièvre intense, délire violent, coma, convulsions. Quand ces derniers symptômes se manifestent, il est survenu une *méningite*.

Après avoir indiqué les diverses variétés d'érysipèle suivant le siège de la maladie, il faut ajouter que l'inflammation franchit souvent les limites que nous venons de lui assigner, et gagne d'autres parties.

On a encore décrit l'*érysipèle du tronc*, l'*érysipèle des membres*, des *organes génitaux*; mais ces diverses variétés n'offrent que des particularités d'une faible importance et qu'il est facile de se représenter.

Les auteurs ont également parlé de l'*érysipèle général*, qui n'a pas un plus grand intérêt, et dont il suffit de dire que sa gravité est très grande, parce que l'érysipèle est une maladie d'autant plus dangereuse, que son étendue est plus considérable.

*c. Erysipèle ambulante.* — Cet érysipèle n'a d'autre caractère particulier que celui de se porter successivement sur toutes les parties du corps ou sur un plus ou moins grand nombre. Il commence ordinairement par une partie du tronc ou par la nuque, puis se porte sur les épaules, sur la poitrine, les bras, les lombes, l'abdomen, les cuisses. Toutefois sa marche peut être très différente, car tout dépend

(1) *Dict. de méd.*, art. ÉRYSIPELE.



du point de départ; et, comme cet érysipèle peut être occasionné par une plaie, par l'application d'un vésicatoire, etc., l'inflammation, partant du point où existent ces lésions, s'étend de là aux autres parties, suivant une route diverse selon les cas.

*d. Erysipèle des nouveau-nés.* — Ce serait s'exposer à des longueurs inutiles que de décrire les formes que peut affecter l'érysipèle chez les enfants nouveau-nés. Nous pensons qu'il vaut mieux établir la distinction suivante : Les nouveau-nés peuvent offrir un érysipèle semblable à celui des adultes, et alors, soit que l'érysipèle occupe la face, ce qui est assez rare, soit qu'il occupe les membres ou le tronc, il ne présente rien de particulier, si ce n'est la plus grande gravité de la maladie, chez des êtres faibles et chétifs; ou bien l'érysipèle se montre du côté de l'abdomen, et, en pareil cas, il a presque toujours son point de départ dans une inflammation de l'ombilic, ainsi que F. Hoffmann l'avait déjà signalé, et que M. Thore (1) l'a constaté récemment; il se complique fréquemment de *péritonite*, suivant les recherches de ce dernier auteur, et il offre, par conséquent, des caractères particuliers assez importants.

Lorsque la maladie occupe le ventre, celui-ci est dur, très douloureux, les tissus ont augmenté de consistance dans une grande épaisseur. Nous avons vu plusieurs fois des signes semblables se montrer aux cuisses, à la région pubienne. Il serait superflu d'indiquer les symptômes de la péritonite concomitante.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de l'érysipèle est essentiellement aiguë; on voit quelquefois, il est vrai, des sujets présenter une inflammation érysipélateuse, qui, pendant longtemps, ne disparaît pas, et offre de loin en loin des exacerbations; mais ces cas sont rares, et parmi ceux qu'ont rapportés les auteurs, il en est un bon nombre qui n'appartiennent pas à la maladie qui nous occupe, mais bien à une autre affection cutanée. Quant à ceux où l'on voit un érysipèle survenir à des intervalles plus ou moins éloignés, la maladie ayant complètement cessé dans ces intervalles, c'est par un abus de mots que quelques médecins leur ont donné le nom d'*érysipèle chronique*, car il ne s'agit évidemment que de plusieurs attaques d'érysipèle aigu.

On voit quelquefois l'érysipèle se transporter d'un point à un autre plus ou moins éloigné, et de celui-ci à un autre encore. Cet érysipèle, auquel on a donné le nom d'*erratique*, est rare. Dans l'immense majorité des cas, l'érysipèle s'étend d'un point à un autre sans abandonner le premier; il y parcourt, au contraire, ses périodes jusqu'à la desquamation; puis, du point occupé en second lieu, il en gagne un troisième, et ainsi de suite; de telle sorte qu'on voit aux limites de l'inflammation les tissus encore rouges, durs et douloureux, tandis qu'au centre ou à une extrémité la peau s'est ramollie, s'est ridée et s'est couverte d'une desquamation plus ou moins marquée. Dans les cas d'*érysipèle ambulant*, les parties primitivement atteintes peuvent avoir repris tous leurs caractères normaux, alors que l'inflammation est dans toute son intensité dans un autre point, et que la desquamation se fait dans les points intermédiaires.

(1) *Archives générales de médecine.*

Avec les auteurs modernes, nous pensons qu'on ne peut pas admettre l'*érysipèle intermittent*. Ceci nous conduit à dire quelques mots des *récidives*. On voit des individus très sujets à l'érysipèle ; or, chez eux, c'est presque constamment dans le même point que se produit la maladie, et principalement à la face. Il est remarquable que, dans ces cas, l'érysipèle se présente ordinairement avec un caractère de bénignité marqué.

La *durée* de l'érysipèle varie beaucoup suivant les diverses espèces et suivant l'état dans lequel se trouve le sujet. L'érysipèle de la face, comme cela résulte des relevés de M. Louis, parcourt ses périodes dans un septénaire environ, lorsqu'il survient chez un individu d'ailleurs sain. L'érysipèle des autres parties du corps est généralement plus long, parce qu'il parcourt de plus grandes surfaces. L'érysipèle ambulante se prolonge assez longtemps. Quant à l'érysipèle phlegmoneux, il y a, outre la période d'inflammation, celle de suppuration, qui peut se prolonger plusieurs semaines, et celle de cicatrisation, souvent fort longue.

Il n'est pas plus possible de déterminer d'une manière générale le mode de *termination* de l'érysipèle. Il varie suivant les cas et suivant la constitution médicale. Si l'érysipèle est simple, s'il survient hors de l'influence épidémique, s'il se manifeste chez un homme qui n'est ni dans le cours ni dans la convalescence d'une autre maladie, il se termine ordinairement par la guérison. Cela s'applique principalement à l'érysipèle de la face. Dans les conditions opposées, et surtout s'il s'agit de l'érysipèle phlegmoneux d'une assez grande étendue, la maladie se termine fréquemment par la mort. Les enfants et les individus très avancés en âge doivent être mis au même rang que les individus dont la constitution est affaiblie par une maladie ; leur état de débilité rend, en effet, chez eux, l'érysipèle, quel qu'il soit, fréquemment mortel.

Les *lésions anatomiques* qui appartiennent en propre à l'érysipèle ont été suffisamment indiquées dans la description des symptômes, et quant à celles qui sont dues à des complications, elles sont très variables et ne présentent rien de spécial.

## § V. — Diagnostic, pronostic.

Nous ne pensons pas qu'il faille entrer dans de grands détails sur le *diagnostic* de l'érysipèle. On s'est trop préoccupé de la possibilité des erreurs de diagnostic lorsqu'on a cherché à différencier cette maladie de l'*urticaire*, de la *rougeole*, de la *scarlatine*. La description de ces affections a fait voir combien les signes sont différents.

Il n'en est pas tout à fait de même de l'*érythème*, que quelques auteurs ont regardé, à tort, comme un premier degré de l'érysipèle, ou plutôt comme une espèce très simple d'érysipèle. L'absence de gonflement appréciable de la peau, et principalement des papilles ; la dissémination des plaques érythémateuses, leur prompt disparition, l'absence de la fièvre, dans beaucoup de cas, suffisent pour établir le diagnostic.

Quant à l'*érysipèle phlegmoneux*, il se distingue, ainsi que l'a très bien fait remarquer M. Velpeau, de la *phlébite* et de l'*inflammation des vaisseaux lymphatiques*.

tiques, en ce qu'il ne suit pas le trajet de ces vaisseaux sous forme de lignes ou de rubans, et que la suppuration envahit de grandes surfaces.

**Pronostic.** — Le pronostic de l'érysipèle présente des considérations importantes, et sous ce point de vue encore il faut distinguer les cas. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, lorsque l'érysipèle est simple et qu'il survient chez un sujet jeune et sain, le pronostic est favorable, à moins de circonstances particulières. L'érysipèle phlegmoneux offre beaucoup de gravité, et cette gravité se mesure à son étendue, à l'existence de la résorption purulente, à l'abondance de la suppuration. L'érysipèle ambulante présente aussi d'assez grands dangers.

Si l'érysipèle survient chez un sujet déjà malade ou convalescent d'une maladie grave, le danger est grand. M. Louis (1), qui a étudié avec soin cette question, a vu un nombre considérable de malades succomber dans ces conditions, bien que l'érysipèle fût simple. M. Hervieux (2), s'étant occupé de la même question, est arrivé aux mêmes résultats. Toutefois il ne faut pas croire qu'en pareil cas l'érysipèle détermine toujours la mort par lui-même. Les auteurs que nous venons de citer ont, en effet, remarqué que les malades succombaient lorsque l'érysipèle était déjà arrivé à la desquamation depuis plusieurs jours. On peut admettre, avec M. Hervieux, que, dans ces circonstances, l'érysipèle est plutôt l'indice d'un état grave qu'une affection mortelle par elle-même ; mais on peut penser aussi que l'érysipèle a contribué à hâter la mort, car nous voyons certaines maladies, la variole par exemple, causer la mort des malades, alors même que la lésion locale a perdu toute son intensité ou a cessé. Quoi qu'il en soit, il est certain que l'érysipèle survenant chez un individu affecté d'une autre maladie a une gravité incomparablement plus grande que dans des conditions opposées. Nous avons vu plus haut qu'il était, toutes choses égales d'ailleurs, notablement plus grave chez les jeunes enfants et chez les vieillards.

## § VI. — Traitement.

**Traitement de l'érysipèle simple.** — Un assez grand nombre de moyens ont été proposés contre l'érysipèle. Un des principaux est la saignée. Il est peu de médecins qui se dispensent de pratiquer des émissions sanguines, et la plupart ont plus de confiance dans la saignée générale que dans la saignée locale.

Si d'abord nous examinons la saignée employée avec modération, nous trouvons un travail important de M. Louis (3), qui résout la question difficile de l'efficacité de cette saignée dans l'érysipèle. M. Louis, ayant examiné avec tout le soin qu'il a coutume d'apporter dans ses recherches l'action de la saignée dans trente-trois cas d'érysipèle de la face, a trouvé qu'elle est beaucoup plus faible qu'on ne le croit communément ; la durée de la maladie n'a été, en effet, diminuée que de trois quarts de jour. Si l'on a pu penser quelquefois que l'action de ce moyen est beaucoup plus grande, c'est qu'on l'a appliqué à une époque voisine du déclin de la maladie, et lorsqu'une amélioration évidente allait se manifester. Il ne faut pour-

(1) *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre typhoïde*. Paris, 1841, 2 vol. in-8.

(2) *De l'érysipèle dans la convalescence ou la période ultime des maladies graves* (Arch. gén. de méd., décembre 1847).

(3) *Rech. sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires*. Paris, 1835. in-8.

et pas conclure de ces faits, comme on s'est hâté de le faire, que la saignée n'a aucune utilité; la durée de la maladie ayant été diminuée, quelque faible que soit cette diminution, on doit en tenir compte. Aussi M. Louis n'a-t-il pas dit qu'on ne regarderait la saignée comme inutile, mais seulement que son utilité a des bornes étroites. Cependant un bon nombre d'autres auteurs recommandables ont attribué aux saignées, et surtout aux saignées multipliées, un assez grand danger; nous citerons parmi eux MM. Chomel et Blache, Andral, Bauquin (1), etc. Nous ne croyons pas que l'exactitude de cette dernière manière de voir soit mise hors de doute.

M. Bouillaud a appliqué à l'érysipèle sa formule des *saignées coup sur coup*; elle est-elle plus efficace dans cette affection que les autres modes de traitement?

Quelques auteurs regardent l'application des *sangsues* dans un point plus ou moins rapproché du siège du mal comme un moyen plus efficace que la saignée générale. Rien ne démontre qu'il en soit ainsi; dans quelques cas observés par M. Louis, l'érysipèle traité par les sangsues a eu une durée plus longue, ce qui ne peut pas dire, sans doute, que les sangsues soient nuisibles, mais seulement qu'il n'est pas probable qu'elles aient une efficacité notable. Broussais, regardant l'érysipèle comme ayant son point de départ dans une irritation de l'estomac, conseillait les *sangsues à l'épigastre*; ces idées ne peuvent plus avoir cours aujourd'hui. Parmi les autres moyens qu'il reste à passer en revue, il en est qu'on admet à l'intérieur, et d'autres qu'on applique à l'extérieur.

° *Médication interne.* — Parfois on voit survenir dans le cours de l'érysipèle une *anémie profonde*. En pareil cas, plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer Chomel et M. Blache (2), recommandent de suspendre les saignées et de recourir aux *toniques*. Cette conduite paraît sage; mais sur ce point, comme sur tous ceux qui restent à examiner, nous ne possédons pas de recherches bien faites, et surtout qui tiennent compte de la durée de la maladie. D'autres auteurs, tels que Cullen, Stoll, ont employé les toniques (quinquina, vin, etc.) dans presque tous les cas d'érysipèle; mais que peut-on conclure de faits incomplets ou de simples assertions?

° *Vomitifs.* — Une des médications le plus fréquemment recommandées par les médecins et par les chirurgiens, est l'emploi des vomitifs. Desault (3), Autenrieth, leur fils Fischer (4), etc., préconisent ce moyen. On a expliqué l'efficacité des vomitifs par l'état bilieux dans lequel se trouvent les malades, et même on a décrit une variété de l'érysipèle sous le nom d'*érysipèle bilieux*. Il est impossible de dire quel est le degré d'utilité des vomitifs, car on n'a pas présenté en leur faveur le résultat d'une analyse satisfaisante des faits. Leur action paraît si différente suivant qu'on les applique au début ou à la fin de la maladie, qu'on aurait dû tenir grand compte de cette circonstance, et c'est ce qu'on n'a pas fait. Il est à désirer que cette lacune soit comblée. Le *tartre stibié* à dose modérée ou en lavage est le vomitif le plus ordinairement prescrit.

° *Purgatifs.* — Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi des purgatifs, quel que

1) Ann. méd.-chir., 1827.

2) Dict. de méd., art. ÉRYSIPELE.

3) Œuvres chirurgicales, t. II.

4) Rust's Magazine, t. XVII.

soit celui qu'on administre; il est, par conséquent, inutile d'insister sur ce point.

L'*opium* a été prescrit par Reil (1) à la dose de 2 à 3 centigrammes toutes les quatre ou six heures, dans les cas de douleur très vive. Quelle influence cette médication a-t-elle sur la durée et sur l'issue de la maladie? C'est ce qu'il est impossible de dire.

M. Velpeau (2) dit s'être bien trouvé de pilules composées d'*opium*, de *nitrate de potasse* et de *camphre*, dans les cas où les symptômes généraux étaient graves, et où la maladie avait la forme ataxique.

Nous nous bornerons à mentionner quelques autres moyens employés à l'intérieur, tels que l'*huile de térébenthine*, employée par le docteur Harry-Cox (3), la poudre de *colchique d'automne* (4), l'*acétate d'ammoniaque* (Autenrieth), la *digitale* (5).

MM. Hamilton et Charles Bell (6) disent avoir employé depuis vingt-cinq ans, et avec un succès constant, un remède puissant pour combattre l'érysipèle dans toutes les variétés qu'il revêt, idiopathique, symptomatique, traumatique: c'est le *chlorhydrate de fer* sous forme d'*alcoolature* (alcoolé de fer chloruré), qu'on prépare en mélangeant une partie d'oxyde rouge de fer, 4 d'acide chlorhydrique et 6 d'alcool. La dose est de 15 à 20 gouttes toutes les deux heures; on peut l'augmenter toutes les fois que la phlogose est tenace, étendue et produit beaucoup de sécrétion. Ces médecins citent de nombreuses observations d'érysipèle dont la guérison a été plus ou moins rapide, mais toujours certaine.

Ce médicament, qui leur a été très utile chez les enfants nouveau-nés, se donne à la dose de 2 gouttes toutes les deux heures dans un peu d'eau sucrée. Il est évident qu'ils auraient dû tenir plus de compte qu'ils ne l'ont fait de la durée de la maladie.

*Erysipèle des nouveau-nés. — Belladone.* — M. le docteur Yvaren (7), d'Avignon, a rapporté un cas dans lequel un érysipèle fort grave, survenu chez un enfant de neuf jours, et compliqué d'endurcissement du tissu cellulaire sous-jacent, s'est terminé par la guérison, après avoir parcouru presque toute l'étendue du corps. La médication, qui a paru avoir de bons effets, est la suivante:

℞ Teint. alcool. de belladone. 1 goutte. | Eau sucrée..... 100 gram.

A prendre par cuillerées d'heure en heure.

Le septième jour, la dose fut portée à deux gouttes de teinture.

Nous citons ce fait pour qu'on puisse expérimenter de nouveau le traitement, car, isolé, il n'a qu'une valeur restreinte.

2° *Médication externe.* — La médication externe est beaucoup plus riche que la médication interne, mais les opinions sont encore plus divisées sur l'efficacité des moyens qui la constituent.

(1) *Fieberlehre*, t. II.

(2) *Lancette française*, 1834.

(3) *The London med. Rep.*, 1825.

(4) Bullock, *Journ. des conaiss. méd.-chir.*, janvier 1835.

(5) Kopp, *Beobacht im Gebiete*, etc. Frankf., 1821.

(6) *Monthly Journal*, juin 1851, et *Union médicale*, 5 juillet 1851.

(7) *Revue méd.-chir.*, mai 1848.

*Scarifications, piqûres.* — Nous signalerons d'abord les *scarifications* sur la partie affectée. Proposées par Hutchinson (1), elles ont été blâmées par d'autres, et surtout par J. Frank, qui craint qu'elles ne produisent la gangrène. Stoll scarifiait le cuir chevelu dans les cas d'érysipèle de cette partie. Nous avons vu que souvent une suppuration s'établit dans cette variété d'érysipèle, qu'on peut considérer alors comme un érysipèle phlegmoneux, et par conséquent il faut renvoyer nos réflexions sur ce point au moment où nous parlerons de l'érysipèle phlegmoneux.

Des *piqûres superficielles* pratiquées au nombre de vingt, trente, et même plus de cent, sont regardées comme très utiles par quelques médecins (Lassis, Bright, etc.). Après les avoir faites, on les lave avec de l'eau tiède pour faciliter l'écoulement du sang, et l'on renouvelle cette petite opération deux ou trois fois en vingt-quatre heures. Nous manquons des éléments nécessaires pour apprécier l'utilité ou les inconvénients de ces moyens.

*Topiques.* — Le nombre des topiques employés contre l'érysipèle est très considérable. On a recommandé les *fomentations émollientes*, les *cataplasmes de farine de graine de lin*, de *fécule de pomme de terre*, les *lotions calmantes*; l'application de *farine sèche de froment*, de *seigle*; les *onctions avec l'axonge* (F. Barthez, Martin-Solon); les *onctions mercurielles* (méthode mercurielle); les *compresses trempées dans l'eau froide*; les *lotions d'alcool camphré étendu d'eau*; le *camphre* recouvert de compresses humides; l'*eau blanche* et d'autres *astringents*, etc.

Nous avons réuni à dessein ces médications dans ce passage, parce que la même réflexion s'applique à toutes : on n'a pas mis hors de doute, par une analyse de faits rigoureuse, leur degré d'efficacité. Et n'est-on pas autorisé à regarder comme peu fondés les éloges qu'on donne à ces moyens, lorsqu'on voit les plus opposés être également vantés, lorsqu'on voit des médecins proclamer comme très efficaces les émollients, tandis que d'autres préconisent les réfrigérants? Nous ne pouvons nous empêcher de le répéter ici, l'influence du médicament sur la durée de la maladie est la principale mesure de son action. Si l'on n'a pas convenablement recherché cette influence, on ne peut avoir que des présomptions, et les présomptions sont plus insuffisantes en thérapeutique qu'en toute autre matière.

Nous dirons seulement quelques mots sur trois ou quatre des moyens ci-dessus énumérés. L'emploi des *compresses froides* et des *astringents* (Reuss, Gouzzée, Wilkinson) a quelques faits qui paraissent parler en sa faveur; mais ces faits sont sujets à contestation, et beaucoup de médecins pensent qu'il y a un grand danger à traiter ainsi l'érysipèle, parce qu'on peut déplacer l'inflammation et la porter sur un organe important : sur les méninges, par exemple, dans l'érysipèle de la face et du cuir chevelu. Il faut reconnaître que ces craintes sont le résultat d'idées purement théoriques, et que si, dans quelques cas, il y a eu des accidents graves, rien ne prouve que ce soit au moyen employé qu'il faille les attribuer.

L'application du *camphre* a été recommandée par M. Gama et par M. Maligne (2). Il résulte des faits rapportés par ce dernier observateur que cette méthode n'a pas d'inconvénients réels; mais, par les motifs indiqués plus haut, on n'en peut pas conclure qu'elle ait de grands avantages.

(1) *Med.-chir. Transactions*. London, 1814, t. V, p. 278.

(2) *Gazette médicale*, 1832.



***Érysipèle des nouveau-nés.*** — M. Trousseau (1) a employé contre l'érysipèle des nouveau-nés et des enfants à la mamelle le topique suivant :

℞ Éther..... 60 gram. | Camphre..... 30 gram.

Étendez cette solution à l'aide d'un petit pinceau de charpie sur toute la surface érysipélateuse.

C'est à l'observation ultérieure à nous apprendre l'efficacité réelle de ce moyen.

***Onguent mercuriel.*** — L'emploi de l'onguent mercuriel, en frictions ou en onctions sur la surface malade, a été beaucoup plus préconisé encore : est-il mieux démontré qu'il a une action avantageuse ? Personne n'a plus insisté sur son efficacité que M. Ricord (2) ; mais si l'on examine avec quelque attention ce qu'il a écrit à ce sujet, on voit qu'on ne peut arriver à aucune conclusion inattaquable. Citer des faits dans lesquels on voit des érysipèles promptement guéris, ce n'est rien ; tous les jours nous voyons la même chose presque sans aucun traitement. Il faut donc, de toute nécessité, employer les moyens de démonstration mis en usage par M. Louis, ce que M. Ricord, pas plus que les autres auteurs qui ont écrit sur ce point de thérapeutique, n'a pas songé à faire. Ce dernier attribue les succès à ce qu'on a employé de l'onguent mercuriel rance, à ce qu'on n'a pas persévéré dans le traitement. Ce que nous venons de dire nous dispense de discuter ces assertions. Ces réflexions prennent plus d'importance encore si l'on considère qu'il suffit, suivant M. F. Barthez (3), il suffit de faire des onctions avec un corps gras pour produire de bons effets. Du reste, M. Ricord recommande exclusivement l'usage des onctions faites de manière à recouvrir et à déborder même la surface érysipélateuse.

Il faut rapprocher de cette pratique l'usage des lotions mercurielles proposées par le docteur Schott. Il les pratique ainsi qu'il suit :

℞ Eau..... 60 gram. | Deutochlorure de mercure. 0,05 gram.

Dissolvez. Pour une ou deux lotions dans les vingt-quatre heures.

***Collodion.*** — Dans un cas observé dans le service de M. Briquet, on a appliqué sur la surface d'un érysipèle occupant l'abdomen et survenu dans les circonstances les plus fâcheuses, une couche de collodion sur toute la surface érysipélateuse. L'érysipèle a été immédiatement arrêté dans sa marche. M. Aran a cité à la Société médicale des hôpitaux des cas semblables. M. Grisolles (4) a vu un érysipèle commençant arrêté du jour au lendemain de la même manière, et nous avons nous-même observé un cas où le collodion a procuré un soulagement immédiat, et dans lequel l'érysipèle, qui semblait encore en voie d'augmentation, a cessé de faire des progrès. Guersant (5) a obtenu chez un malade un bon résultat, en unissant le collodion à l'huile de ricin qui le rend plus souple, plus élastique et plus facile à se détacher par la simple application d'un cataplasme émollient.

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, février 1848.

(2) *Lancette française*, 1831.

(3) *Du traitement des érysipèles à l'aide des corps gras* (Recueil de mém. de méd., de chir. et de pharm. militaires, Paris, 1834, t. XXXII).

(4) *Bulletin gén. de thérap.*, 15 avril 1850.

(5) *Journ. des connaiss. med.-chir.*, 18 mars 1852.

Voici la formule de ce nouvel enduit :

℞ Collodion..... 30 gram. | Huile de ricin..... 2 gram.

Mélez.

M. le docteur Piachaud (1), de Genève, dans un mémoire sur l'érysipèle, cite des cas où l'application de ce médicament a également été favorable. Enfin on voit que M. Robert-Latour traite ainsi un grand nombre d'inflammations. Ces faits peuvent engager les praticiens à répéter un traitement aussi simple.

Nous croyons devoir exclure le collodion dans les formes vésiculeuses et bulleuses, etc., c'est-à-dire toutes les fois que l'épiderme a disparu ou se déchire au moindre contact; dans ces cas on s'exposerait à faire naître des complications locales ou l'exacerbation des symptômes généraux.

*Vésicatoire.*—Le vésicatoire est recommandé par un très grand nombre d'auteurs, et, il y a quelques années, Dupuytren en a beaucoup vanté l'emploi. Mais encore nous nous trouvons arrêté dès les premiers pas. Les auteurs n'ont pas tenu compte de la marche naturelle de la maladie, et dès lors pas de conclusion possible. Nous n'avons donc autre chose à faire qu'à mentionner des opinions. Faut-il employer le vésicatoire dans tous les érysipèles, ou seulement dans l'érysipèle ambulatoire? MM. Cazenave et Schedel pensent qu'on ne doit y avoir recours que dans le dernier. Quant à nous, après avoir parcouru les faits et avoir vu le vésicatoire fonctionner bien des fois, nous pensons que, même dans ce dernier cas, on ne peut accorder une grande confiance à ce moyen. Toutefois, si l'on était tenté de l'employer, il est certain que c'est dans l'érysipèle ambulatoire qu'il paraît le mieux indiqué.

Est-il nécessaire, après ce qu'on vient de dire, de rechercher, avec les auteurs, s'il vaut mieux appliquer des *vésicatoires volants* que des *vésicatoires à demeure*, réciproquement? s'il faut recouvrir toute la surface érysipélateuse, ou seulement une partie? s'il faut établir la vésication non-seulement sur la peau enflammée, mais encore sur une partie de la peau saine? Évidemment non. Nous mentionnons seulement une manière particulière d'appliquer le vésicatoire, à laquelle M. Piorry (2) attribue de nombreux succès. Il applique un vésicatoire long et étroit, un *vésicatoire linéaire*, autour de la surface enflammée et à quelques centimètres au delà des limites du mal; et, suivant lui, l'inflammation est arrêtée par cette vésication circulaire comme par une barrière infranchissable. Dans les faits cités par M. Piorry, on voit, en effet, l'inflammation rester en deçà de la vésication; mais il faut remarquer que les érysipèles dont il s'agit sont des érysipèles de cause externe, qu'ils ont déjà un certain nombre de jours de durée quand on applique le vésicatoire, et que rien ne prouve que l'inflammation n'eût acquis déjà l'étendue qu'elle devait avoir, lorsqu'on a eu recours à la vésication. Ce n'est qu'en étudiant mieux les faits qu'on répondra à ces objections.

*Cautère actuel.*—Le cautère actuel, employé soit sous la forme de raies de feu plus ou moins nombreuses, soit sur une surface un peu large avec un cautère plat,

(1) *Archives générales de médecine*, septembre 1832.

(2) *Union médicale*, 1847.

a été surtout préconisé par Larrey (1); mais il se présente encore ici cette cause continuelle de doute qui nous force à tant de répétitions, et que nous retrouvons lorsqu'il s'agit d'apprécier les *frictions térébenthinées*, le *liniment de Kentisch* (2) composé d'*onguent basilicum* et d'*essence de térébenthine*; les *sinapismes*, les *mozas*, les *caustiques*.

La cautérisation à l'aide du *nitrate d'argent* mérite seule de nous arrêter un instant. Ce moyen, mis en usage par le docteur Hibbington (3), et appliqué plus tard par M. Tanchou, consiste à toucher toute la surface de l'érysipèle, soit avec un crayon de *nitrate d'argent*, soit, ce qui est plus facile, avec une solution de ce sel. Après cette application, la surface malade pâlit; mais quelle influence ce moyen a-t-il sur la guérison?

*Traitement de l'érysipèle phlegmoneux.* — Un certain nombre de moyens employés contre l'érysipèle simple conviennent dans l'érysipèle phlegmoneux, et doivent être employés avec plus d'énergie. Ce sont les *émissions sanguines* générales et locales, les applications émollientes, les bains. Mais il est évident que tous les topiques irritants (vésicatoires, sinapismes, cautérisations), qui n'agissent que sur la partie la plus superficielle du derme, n'auraient ici qu'un résultat fort incertain; car la maladie s'étend profondément au tissu cellulaire. C'est du moins ce qui résulte de l'expérience de Dupuytren. M. Patissier, au contraire, dit avoir vu traiter avec un succès complet, par le vésicatoire, plus de quarante érysipèles phlegmoneux; mais aucun autre chirurgien n'a obtenu de pareils effets.

*Si l'érysipèle phlegmoneux n'est pas parvenu à la période de suppuration*, on cherche, après avoir essayé de modérer l'inflammation par des émissions sanguines abondantes, à la faire avorter, soit par des *incisions*, soit par la *compression*.

Les *incisions* doivent être assez nombreuses pour qu'une suppuration s'établissant par les ouvertures qu'elles produisent, le pus ne puisse pas se rassembler en foyer, ou même pour que l'écoulement considérable de sang auquel donnent lieu les incisions prévienne toute suppuration due à l'inflammation qu'on veut combattre. A-t-on souvent atteint ce but? C'est ce dont il est bien permis de douter. Plusieurs auteurs ont attribué à cette pratique la gangrène des tissus, survenue dans quelques cas.

La *compression* est un moyen qui paraît plus utile, et en faveur duquel on a rapporté des cas intéressants. Pour la pratiquer, on se sert, soit d'un bandage ordinaire, soit d'un bandage amidonné. Il faut, d'une part, que cette compression ne soit pas exercée trop fortement; et, de l'autre, qu'elle soit suffisante. On comprend facilement les inconvénients qu'aurait l'un ou l'autre excès.

*Quand la suppuration est établie*, le traitement est tout à fait chirurgical.

Il nous suffit d'ajouter que, comme dans les cas d'érysipèle simple, on a recours à une médication interne plus ou moins énergique, et qui n'est pas essentiellement différente. Cette médication interne n'a, du reste, qu'un faible degré d'importance.

*Traitement des espèces et des variétés.* — Nous n'avons rien à ajouter relative-

(1) *Clinique chirurgicale*, t. 1.

(2) *American med. and surg. Journal*, 1823.

(3) *Voy. Journal des progrès*, 1827.

*érysipèle de la face*, si ce n'est que c'est celui qu'on a regardé le plus comme de nature bilieuse, et que, par conséquent, on a le plus fréquemment traité par les vomitifs.

*érysipèle du cuir chevelu*, l'accumulation rapide du pus sous l'aponévrose, la difficulté que ce liquide trouve à s'échapper exigent des scarifications profondes.

*érysipèle des membres* est celui qu'il est le plus facile de circonscrire par le linéaire ou la cautérisation circulaire avec le nitrate d'argent.

Recommandé, contre l'*érysipèle des nouveau-nés*, l'*oxymel scillitique* pour empêcher le vomissement (1). Le docteur Oesterleben a prescrit, dans un cas, du *sulfate de quinine*, à la dose de 0,015 gram., trois fois par jour, concurremment avec le *mercure gommeux de Plenck* : l'enfant a guéri. Le docteur a aussi donné le *sulfate de quinine* à la dose de 0,025 gram.; il en vante les effets, mais sans fournir de preuves convaincantes.

*Traitement prophylactique.* — Il y a peu de chose à dire sur le traitement proprement dit. Maintenir les plaies à l'abri de toute irritation, éviter, autant que possible, d'entreprendre des opérations pendant les épidémies d'érysipèle, et, si l'on y est obligé, redoubler de soins : telles sont les précautions à prendre. C'est aux sujets atteints d'érysipèles, à rechercher à quelles causes ils peuvent les attribuer pour s'en garantir.

— Avec les documents que nous ont fournis les auteurs, il est impossible d'évaluer l'efficacité des différents remèdes employés ; tout ce que nous savons, c'est que, dans l'érysipèle de la face, la saignée modérée a une influence sur la durée de la maladie, mais une influence très limitée. Quant aux autres espèces, ceux qui ont été le plus vivement recommandés sont le vésicatoire, la compression, les incisions, le camphre à l'extérieur, les onctions mercurielles, le collodion. Ce sont ceux qu'on devra essayer les premiers, si la marche de la maladie ne paraît pas favorable.

#### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

*Traitement de l'érysipèle simple* : Émissions sanguines générales et locales ; vomitifs ; toniques ; digitale, belladone ; camphre ; topiques émollients, astringents ; camphre à l'extérieur ; collodion ; onctions mercurielles, mercurielles ; vésicatoire, cautère actuel, sinapismes, moxa, caustiques ; camphre à l'extérieur ; cautérisation avec le nitrate d'argent.

*Traitement de l'érysipèle phlegmoneux* : Beaucoup des moyens précédents (émissions sanguines, vésicatoires, etc.) ; incisions, compression ; évacuer la suppuration.

*Traitement des espèces et des variétés.* Dans l'*érysipèle de la face*, vomitif et saignée administrés ; dans l'*érysipèle du cuir chevelu*, incisions promptes ; dans l'*érysipèle des membres*, vésicatoire linéaire, cautérisation circulaire au delà

des parties enflammées ; dans l'*érysipèle des nouveau-nés*, préparations mercurielles peu actives ; sulfate de quinine.

4° *Traitement prophylactique.*

### ARTICLE III.

#### URTICAIRE.

##### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'*urticaire* est un exanthème caractérisé par des plaques saillantes, sans forme déterminée, plus rouges ou plus blanches que la peau saine, fugaces, et causant un démangeaison incommode.

Cette affection a reçu les noms de *aspritudo* (Celse), *sora* (les Arabes), *porcellana*, *febris urticata*, *cnidosis* (Alibert). C'est une des maladies de la peau qu'on a le plus fréquemment occasion d'observer.

##### § II. — Causes.

« Attaquant, disent MM. Cazenave et Schedel (1), tous les âges, les deux sexes, se manifestant dans toutes les saisons, l'urticaire affecte cependant plus particulièrement les *enfants*, les *jeunes gens* et les *femmes*, les individus d'un *tempérament nerveux*. Enfin, il y a des personnes dont la peau fine et délicate y est tellement prédisposée, qu'il suffit de la moindre *pression*, du moindre *frottement*, pour déterminer de larges plaques d'urticaire, semblables à celles qui résultent de la flagellation. On l'observe plus fréquemment au *printemps*, et dans l'*été*, où quelquefois elle semble être *épidémique*.

» Cependant, suivant la remarque de J. Frank, il arrive quelquefois qu'elle se développe sous l'influence du *froid*, pour disparaître, au contraire, sous celle de la chaleur.

» L'urticaire peut aussi être produite par l'action de *causes directes* appréciables. C'est ainsi qu'elle est déterminée par les feuilles de l'*urtica dioica*, par le contact de certaines chenilles, etc. Dans ces cas, l'éruption, plus ou moins locale, est le plus souvent éphémère et de courte durée. »

Les autres causes sont : la *dentition*, les *émotions morales*, les *excès* ; l'ingestion de *certaines aliments*, tels que la *viande de porc*, les *champignons*, les *amandes*, le *miels*, les *concombres*, et surtout les *moules*, les *écrevisses*, les *œufs de certains poissons*. Pour l'action de ces dernières substances on admet généralement une prédisposition, ainsi que pour celle de certains médicaments. En effet, on voit des sujets qui, par une idiosyncrasie particulière, sont atteints d'urticaire chaque fois qu'ils font usage d'une de ces substances.

On voit aussi l'urticaire survenir dans certaines affections aiguës, et surtout dans le cours de la *fièvre intermittente* et du *rhumatisme articulaire aigu*.

(1) *Traité des maladies de la peau.*

## § III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes de l'urticaire, on a admis diverses espèces distinctes. Les principales sont : l'*urticaire fébrile*, l'*urticaria evanida*, l'*urticaria tuberosa*.

1° *Urticaire fébrile*. — Elle s'annonce par des symptômes fébriles d'une intensité variable et de plus ou moins longue durée (quelques heures ou quelques jours). Ces symptômes consistent dans un malaise général, des horripilations, des frissons, de la céphalalgie, des douleurs épigastriques, des nausées, des lipothymies.

Au bout d'un temps variable, il survient un *prurit* incommode et souvent insupportable ; une chaleur plus ou moins vive par tout le corps, et bientôt on voit apparaître sur une partie du corps plus ou moins étendue, et principalement sur les épaules, les lombes, les cuisses, des *élévations* tantôt roses, tantôt d'un rouge foncé ou d'un rouge vif, tantôt pâles, comme si elles étaient constituées par une suffusion séreuse du derme, tantôt enfin pâles dans leur centre, et plus ou moins rouges à leur pourtour.

Leur forme est variable, circulaire, ovale, irrégulière ; leur étendue très diverse ; leurs bords sont durs. Leur nombre est également très variable, car tantôt on n'en voit qu'un petit nombre assez distinctes les unes des autres ; tantôt, au contraire, elles sont confluentes, et, dans ce dernier cas, elles couvrent assez souvent tout le corps. Koch (1) affirme qu'il en a vu jusque dans la bouche.

Un *prurit* souvent insupportable, augmentant par la chaleur du lit et aussi par les frottements exercés par le malade, est un phénomène constant.

Ordinairement les plaques, considérées individuellement, n'ont qu'une courte durée ; cette durée peut n'être que de quelques minutes ou d'une ou plusieurs heures. Quelquefois cependant elles se montrent pendant un et même plusieurs jours ; mais ces derniers cas sont très rares. Il en résulte que l'éruption consiste en une apparition plus ou moins rapide de plaques, se montrant çà et là, et disparaissant pour être remplacées par d'autres. Il est même assez commun de voir l'éruption diminuer très notablement, disparaître presque complètement pendant plusieurs heures pour se reproduire de nouveau.

Parfois la disparition, le retour des plaques sont périodiques ; l'urticaire est alors *intermittente* ; et ce qui prouve qu'elle est de la nature des fièvres de ce nom, c'est qu'elle cède promptement au fébrifuge. D'autres fois, comme nous l'avons dit plus haut, elle accompagne tout simplement une fièvre intermittente, et cède avec elle au sulfate de quinine.

De la présence des plaques sur divers points du corps il résulte un *gonflement* des tissus, avec gêne des mouvements. Ainsi les lèvres, les paupières s'épaississent et s'ouvrent plus difficilement. Les articulations sont un peu tuméfiées et roides. Parfois l'*érythème* se joint à l'urticaire ; en pareil cas, le gonflement et la roideur sont plus considérables, et la maladie se termine par une desquamation qui n'appartient nullement à l'urticaire.

Les *symptômes généraux* ont une intensité des plus variables. Quelquefois la

(1) *Progr. de febr. urtic.* Leipzig, 1792.



fièvre est intense le premier et le second jour ; il y a une vive agitation et même du délire. Bien plus souvent, le mouvement fébrile est très modéré.

L'appétit est généralement perdu au début ; mais il est rare qu'il y ait des symptômes un peu notables du côté des organes digestifs, à moins qu'il ne s'agisse de ces cas où la maladie est causée par l'ingestion des substances alimentaires ou médicamenteuses mentionnées plus haut. Alors on observe quelquefois des vomissements, avec diarrhée plus ou moins abondante, des coliques. Ces symptômes paraissent être ceux d'une simple indigestion ; mais quelquefois ils sont si violents qu'on est en droit de supposer un *empoisonnement* par une substance âcre.

Après des apparitions plus ou moins nombreuses, les plaques de l'urticaire paraissent *sans laisser aucune trace*.

2° *Urticaria evanida*. — Cette variété est particulièrement remarquable par sa marche, qui est *chronique* ; mais elle a aussi quelque chose de particulier sous le rapport de l'éruption. Les plaques, ordinairement irrégulières et allongées, ressemblent aux marques d'une flagellation récente. Elles se montrent pendant quelques heures, puis disparaissent, pour se reproduire une ou plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

3° *Urticaria tuberosa*. — L'*urticaria tuberosa* est la plus grave de toutes. L'éruption est constituée non plus par de simples plaques superficielles, mais par des espèces de nodosités pénétrant assez profondément dans le derme, et occasionnant dans les parties une tension et une gêne considérables.

Dans cette variété, les *symptômes généraux* sont ordinairement intenses ; l'éruption se produit habituellement le soir, et le lendemain il reste un abattement notable. Dans quelques cas, on a vu, au lieu de simples indurations, se produire des ecchymoses, des ruptures, un gonflement énorme, avec suffocation, agitation, et une gêne extrême des mouvements ; mais ces cas sont exceptionnels.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de l'*urticaire fébrile* est rapide. Il y a plusieurs éruptions ; mais elles ne sont pas interrompues par des intervalles aussi tranchés que dans les autres variétés, à moins que la maladie ne complique une fièvre intermittente. La durée de cette espèce est d'un septénaire environ. L'*urticaria evanida*, dont la marche est chronique, ainsi que je l'ai dit plus haut, a ordinairement une durée de quelques mois ; elle peut durer beaucoup plus longtemps ; et l'*urticaria tuberosa* persiste quelquefois pendant des années. Il est au moins excessivement rare que l'urticaire se termine par la mort. Les auteurs qui se sont occupés des maladies de la peau ont admis la possibilité de cette terminaison, mais on n'en a pas d'exemple.

#### § V. — Diagnostic, pronostic.

« Dans le *lichen urticans*, qui pourrait, dit M. Cazenave, en imposer pour quelques cas d'urticaire, les papules sont arrondies, bien moins étendues, moins saillantes ; leur teinte est plus foncée ; elles sont plus résistantes sous le doigt ; elles ne disparaissent jamais spontanément, et enfin elles présentent toujours, aux environs, les éléments propres du lichen : de véritables papules, qu'il suffit d'av

ues une seule fois, pour ne jamais les confondre avec les plaques de l'urticaire.

• L'*urticaria tuberosa* pourrait, dans quelques circonstances, être confondue avec l'*erythema nodosum*. La marche aiguë, continue et persistante de l'érythème suffira, dans tous les cas, pour le séparer de cette variété grave de l'urticaire, qui se présente avec des caractères tout à fait opposés. •

Il est évident, d'après ce que nous avons dit plus haut que le *pronostic* de l'urticaire n'est pas grave. L'*urticaria tuberosa* constitue seule une maladie sérieuse.

## § VI. — Traitement.

Il nous suffira de présenter le passage suivant de M. Cazenave, qui indique très bien au médecin la conduite qu'il doit tenir dans les différents cas ; mais nous signalerons auparavant l'utilité des *émissions sanguines*, et principalement de la *saignée générale*, lorsque la fièvre est intense et l'agitation grande. Toujours, en pareil cas, la saignée apporte du jour au lendemain un calme remarquable, et ne produit jamais le moindre accident.

« L'urticaire, dit M. Cazenave, qui est le résultat de causes directes, ne réclame, le plus souvent, aucun traitement. Des *applications locales acidulées*, un *bain tiède* ou deux, des *limonades légères*, seraient les seuls moyens à employer, si l'éruption ne disparaissait pas promptement. Des *lotions* avec l'*acétate de plomb liquide* étendu d'eau, avec une dissolution de *sous-carbonate de potasse*, ou même les *bains entiers, rendus alcalins par l'addition de ce sel*, sont quelquefois nécessaires pour calmer les démangeaisons très vives, surtout lorsque l'éruption a été produite par le contact de certaines chenilles.

» L'urticaire *fébrile simple* cède facilement à un *régime sévère*, à des *boissons rafraîchissantes* et à quelques *bains tièdes*. De *légers purgatifs* sont souvent utiles. Mais lorsqu'elle est le résultat de l'ingestion de certains aliments, il faut se hâter de *provoquer le vomissement*, s'il n'a pas déjà eu lieu. On donnera ensuite une *boisson fortement acidulée* (eau d'orge avec 1 ou 2 grammes d'acide sulfurique médicinal par pinte), ou bien de l'eau sucrée, et, *chaque demi-heure, de trente à quarante gouttes d'éther* sur un morceau de sucre. »

M. Stanislas Martin (1) avance qu'une cuillerée à bouche d'*alcoolat de mélisse* dissipe presque instantanément le ballonnement du ventre, les envies de vomir et les démangeaisons de la peau, *lorsque l'urticaire est produite par des aliments irritants, et surtout par les moules*.

« L'urticaire *chronique*, ajoute M. Cazenave, est bien plus difficile à guérir ; on devra surtout alors insister sur le *régime*, en ayant soin de supprimer tout ce qui aurait exercé quelque influence sur le développement de l'éruption. Dans quelques cas, il est bon de *changer entièrement les habitudes du malade*. Des *émissions sanguines générales*, ou l'application de *quelques sangsues à l'anus*, pourraient être fort utiles chez les jeunes gens pléthoriques et chez les femmes mal réglées. Les *bains tièdes simples*, quand la maladie dure trop longtemps, produisent un résultat moins avantageux que les *bains alcalins* et les *bains de vapeur*, ou même des *douches de vapeur*, quand l'éruption affecte un siège de prédilection. Des *bois-*

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, mai 1850, p. 410.

*sons acidulées, de légers laxatifs, sont les moyens qu'il convient le mieux, dans la plupart des cas, d'adjoindre aux précédents. »*

Dans un cas très rebelle, où un grand nombre de médications avaient été employées en vain, M. le docteur Fabre (1) conseilla au malade de s'envelopper quelque temps avant la période d'exacerbation, dans un *drap mouillé* qu'il renouvelait au besoin s'il s'échauffait trop vite. Après trois semaines de ce traitement, l'exanthème avait disparu.

M. le docteur Marrotte (2) a obtenu la guérison d'une urticaire chronique, qui avait résisté pendant plus de six mois à des médications diverses, à l'aide de pilules contenant 0,05 gram. d'extrait d'*aconit*, à la dose de deux par jour d'abord, et portées rapidement jusqu'à douze. En trois semaines la guérison fut complète.

« Lorsque l'urticaire, dit M. Cazenave, accompagne une fièvre intermittente, il faut combattre cette dernière affection par une médication convenable. C'est ainsi que l'on obtient quelquefois beaucoup de succès du *sulfate de quinine* ; les accès fébriles cessent, et le plus souvent avec eux disparaît l'éruption. Enfin, si le *quinquina* avait échoué et si l'urticaire intermittente se présentait avec les symptômes graves dont nous avons parlé, nous avons vu plus haut qu'on pourrait avoir recours à la *solution de Fowler* avec des chances de succès. »

## CHAPITRE II.

### AFFECTIONS VÉSICULEUSES DE LA PEAU.

Les vésicules sont constituées par de petits amas de sérosité en forme de gouttelettes qui soulèvent l'épiderme. La sérosité est d'abord transparente ; elle peut devenir louche, séro-purulente, et, lorsque la vésicule s'est rompue, la maladie prend un autre aspect qui sera décrit dans chaque espèce.

Les espèces dont nous allons nous occuper dans ce chapitre sont l'*eczéma*, l'*herpès* et la *gale*. On a voulu y joindre les sudamina, l'hydrargyrie et la syphilide vésiculeuse. Mais les sudamina ne sont qu'un épiphénomène d'autres maladies ; l'hydrargyrie est une affection sur la nature de laquelle on n'est pas d'accord, et dont il suffira de dire un mot à propos des causes de l'eczéma ; et quant à la syphilide vésiculeuse, sa place lui est assignée parmi les autres syphilides.

### ARTICLE I<sup>er</sup>.

#### ECZÉMA.

L'eczéma est une maladie de la peau dont l'étude intéresse particulièrement le praticien ; elle est extrêmement commune, souvent difficile à guérir, et elle pré-

(1) *Ann. de la Soc. de méd. de Roulers, et Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 16 mai 1851.

(2) *Ann. de thérap., et Journ. des connaiss. méd.-chir.*, août 1847.

la plupart de ces formes diverses confondues autrefois sous le nom de *eczéma*.

Dans la description de l'eczéma, nous suivrons l'exemple de Biett (1), qui divise cette affection en *aiguë* et en *chronique*, et à ces deux formes nous rattacherons quelques *variétés* bien tranchées, ainsi que les espèces établies d'après le siège qui peut affecter l'éruption.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'eczéma est une affection de la peau, caractérisée par une éruption de vésicules généralement aplaties, très nombreuses, agglomérées, se développant sur des surfaces irrégulières, éruption qui est suivie quelquefois d'un suintement plus ou moins abondant de sérosité, et accompagnée d'excoriations, de squames; dans quelques cas même, de croûtes légères.

La dénomination d'eczéma, donnée par Willan au groupe d'affections vésiculeuses que nous allons décrire, a été conservée par les auteurs modernes : Bate-Biett, MM. Rayet, Cazenave, ont adopté l'expression du pathologiste anglais. L'eczéma est la *dartre squameuse*, la *dermatose eczémateuse* d'Alibert, la *dartre humide* de Sauvages, etc. A l'occasion du siège de l'eczéma, nous ferons connaître les autres dénominations que lui ont données les auteurs.

La fréquence de cette maladie est très grande. Dans un relevé fait par M. le Dr Marcel, qui nous l'a communiqué, sur un total de 460 malades entrés, pendant une période de neuf mois, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Dejean, l'eczéma compte pour un tiers. Ce résultat peut donner une idée de l'importance de cette affection.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

L'eczéma se montre à tout âge. C'est à l'époque de la première et de la deuxième enfance, dit M. Rayet (2), que les enfants en sont spécialement atteints. L'âge adulte chez les femmes paraît prédisposer à cette affection. Les adultes en sont souvent affectés que les vieillards, et les individus à peau fine et délicate y sont particulièrement sujets.

Il se développe plus fréquemment dans les saisons chaudes de l'année. Nulle constitution, nul tempérament n'en paraît exempt.

#### 2° Causes occasionnelles.

L'eczéma peut survenir à la suite de toutes les influences irritantes, agissant directement. Quand il se développe sous l'action des rayons solaires, il constitue l'*eczéma solare* de Willan.

L'emploi des *pommades irritantes*, des frictions alcalines, des frictions avec l'huile de laurier ou de croton tiglium, en est une cause fréquente. La maladie

(1) Dictionnaire de médecine, t. XI, art. ECZÉMA.

(2) Traité des maladies de la peau. Paris, 1835, 2<sup>e</sup> édit., t. I, p. 400.

admise sous le nom d'*hydrargyrie* n'est, selon M. Cazenave (1), qu'une éruption vésiculeuse simple, développée sous l'influence des frictions mercurielles. Cette opinion nous paraît devoir être partagée, et c'est pourquoi nous n'avons pas assigné à cette affection une place à part dans ce chapitre.

On rencontre fréquemment l'eczéma chez les individus qui, par état, manient habituellement des *substances âcres*, pulvérulentes ; il est commun chez les affineurs de métaux, les broyeurs de couleurs, les épiciers, les boulangers, les individus qui ont fréquemment les mains dans l'eau chargée de matières irritantes.

L'eczéma peut naître sous l'influence d'une *émotion morale* vive : à la suite d'un accès de frayeur, de colère. Cet effet est produit surtout chez les femmes à l'époque des couches, de l'allaitement et de l'âge critique.

On a vu, dans un certain nombre de cas, l'eczéma apparaître exclusivement pendant la *grossesse*, et disparaître après l'accouchement ; d'autres fois l'éruption cutanée était évidemment sous la dépendance de troubles fonctionnels, ayant leur siège soit dans les voies digestives, soit dans le système nerveux. L'eczéma *n'est pas contagieux*.

Tel est l'exposé sommaire des causes de cette affection, et il faut ajouter que bien souvent elle apparaît sans qu'il soit possible de lui en reconnaître aucune.

### § III. — Symptômes.

Comme nous l'avons dit plus haut, nous diviserons l'eczéma en *aigu* et en *chronique*.

1° *Eczéma aigu*. — L'eczéma aigu présente lui-même trois variétés principales, qui sont : l'*eczéma simple*, l'*eczema rubrum* et l'*eczema impetiginodes* : nous allons les étudier successivement.

a. *Eczéma simple*. — A son état le plus simple, il n'est ni précédé ni accompagné de symptômes généraux un peu marqués. Dans une étendue peu considérable de la peau, un léger sentiment de fourmillement annonce le développement de *vésicules* ; celles-ci apparaissent très petites, le plus souvent visibles seulement à la loupe, sans aréole inflammatoire, répandues sur des surfaces qui ont conservé leur couleur naturelle ; elles sont pleines d'une *sérosité* limpide, d'un aspect brillant.

Après un jour ou deux, le liquide se trouble, prend une teinte laiteuse ; alors, ou il est résorbé, ou il s'épanche par la rupture de la vésicule. Dans le premier cas, la vésicule se flétrit et disparaît en donnant lieu à une *légère desquamation* ; dans le second, le liquide se concrète en un petit disque squameux qui tombe très rapidement.

Un léger *prurit* accompagne cette éruption, qui dure sept ou huit jours et se dissipe sans laisser de traces. Elle peut durer un peu plus longtemps, et alors elle consiste en de petites éruptions partielles et successives, qui toutes présentent les mêmes caractères de bénignité.

L'éruption occupe généralement un *siège limité* ; quelquefois elle est très étendue, et peut alors, surtout quand l'affection atteint des enfants en bas âge, constituer une maladie qui n'est pas sans gravité.

(1) *Chausit, Traité des maladies de la peau*, p. 75.

*Eczema rubrum.* — Dans cette espèce, il existe des *prodromes*. La surface va être le siège de l'éruption est chaude, tendue, douloureuse, quelquefoisiblement tuméfiée.

Peu de temps après, elle se couvre d'une rougeur vive, et, en examinant avec attention la partie affectée, on y découvre une foule de petites *vésicules* qui laissent comme autant de points brillants. Bientôt ces vésicules deviennent sèches comme des têtes d'épingles; elles ne tardent pas à se flétrir, et la peau, enflammée et érythémateuse, reste parsemée de points arrondis, entourés d'un cercle blanchâtre.

Plus tard, le plus souvent, au lieu de se résorber, le liquide, devenu lactescent, s'écoule par suite de la rupture des vésicules; la surface enflammée s'excorie et devient le siège d'une irritation vive, à mesure qu'elle est baignée par le suintement qui s'y établit. La matière de ce suintement se concrète en lames minces, blanches, peu adhérentes, qui, en se détachant, laissent à découvert des surfaces enflammées et suintantes qui se recouvrent bientôt des mêmes sécrétions épidermiques. C'est là ce qu'Alibert appelait la *dartre squameuse humide*.

La maladie, qui peut être entretenue par des éruptions successives, se termine finalement au bout de deux ou trois semaines; après ce temps, il ne reste à la place qu'une teinte rouge qui brunit et disparaît peu à peu.

*c. Eczema impetiginodes.* — Il peut naître spontanément, mais ordinairement succède à l'*eczema rubrum*.

Dans cette variété, l'éruption se manifeste avec une acuité remarquable: la peau est rouge, tendue, tuméfiée; sa chaleur est brûlante; les *vésicules primitives* se dessèchent promptement, pour faire place à d'autres qui contiennent de prime abord un liquide moins transparent, puis bientôt trouble, puriforme. A ce moment, la vésicule est véritablement devenue une *pustule*. Cette transformation remarquable de la vésicule primitive en pustule forme le caractère distinctif de l'eczéma impetigineux. MM. Rayer et Copland (1), comme l'a démontré M. Cazenave, se sont trompés en ne voyant là qu'un eczéma compliqué de pustules d'impétigo. Il arrive souvent, en effet, que chez le même individu on constate, sur différents points, des divers degrés de la transformation que nous venons d'indiquer.

Une fois rompues, les vésicules pustuleuses laissent échapper un liquide qui se dessèche en squames épaisses, jaunâtres, molles, semblables à des feuilletts superposés; à leur chute, on trouve des surfaces rouges d'où suinte une sérosité roussâtre. Après un certain nombre d'éruptions successives, les croûtes ne se reforment que difficilement; ce ne sont plus que les lamelles minces, grises, un peu sèches de l'eczéma. Tout peut être terminé ainsi en deux ou trois semaines.

Dans ces trois variétés, l'eczéma aigu est rarement accompagné de symptômes généraux graves. Cependant, quand il occupe une grande surface, chez des individus affaiblis par l'âge, chez ceux qui ont la peau brune et sèche, il peut acquérir une grande intensité, et déterminer une inflammation qui s'étend jusqu'aux couches sous-jacentes du derme. Alors les éruptions sont plus fréquentes, plus aiguës; des exulcérations douloureuses sillonnent la peau; elles se recouvrent de squames humides, etc., etc. Après la résolution, la peau conserve une teinte brune qui parfois persiste indéfiniment.

(1) *Dictionary of practical medicine*, art. ECZEMA.



2° *Eczéma chronique*. — Pouvant succéder aux trois variétés que nous venons de décrire, l'eczéma chronique se développe le plus souvent à la suite de l'eczéma impétigineux. Il est constitué soit par une suite indéfinie d'éruptions successives, soit par un état permanent, n'offrant pas d'exacerbations bien sensibles. Mais, quelle que soit sa marche, il se présente sous deux aspects assez tranchés, qui sont les suivants :

a. *Dans le premier cas*, une *sécrétion abondante* forme le caractère principal : la peau est baignée sans cesse par un liquide séreux, quelquefois fétide, dont le suintement salit rapidement les linges qui recouvrent les parties malades, et oblige de les changer à chaque instant. En les enlevant, on trouve les surfaces rouges, tuméfiées, ramollies, portant les empreintes de la toile qui les recouvrait. Dans les points où la peau est comme macérée, on peut distinguer une foule d'*orifices béants* d'où s'échappe une gouttelette de sérosité : ces points, selon M. Cazenave, sont les *orifices des canaux sudorifères*.

Quelquefois la sécrétion, moins abondante, est *puriforme* : la peau s'excorie, se *gerce* douloureusement. En enlevant les linges, une foule de points sont arrachés, et il s'écoule une certaine quantité de sang. D'autres fois les surfaces malades se recouvrent de *squames* molles, jaunâtres, minces et peu adhérentes ; celles-ci, à la suite de sécrétions multipliées, forment des couches de squames humides, recouvrant les parties enflammées.

b. *Dans le second cas*, au contraire, la sécrétion est à peine sensible ; les squames sont sèches, adhérentes. En tombant, elles laissent à découvert des surfaces peu enflammées. Tantôt la peau est blanche, comme farineuse, s'écaillant au moindre frottement, et en même temps elle est sèche et épaisse ; tantôt elle est d'un rouge vif, mais sans aucune espèce de suintement. Elle est comme *fendillée*, recouverte de *squames adhérentes*.

c. D'après M. Chausit (1), il existe une *troisième espèce*, dans laquelle il n'y a plus de traces ni de la sécrétion séreuse, ni de la sécrétion épidermique. Cet eczéma, qui *siège de préférence aux jambes*, se présente avec une physionomie remarquable. La peau, *tendue, lisse, luisante, amincie*, semble constituer un *tissu cicatriciel*, et l'on pourrait croire à la guérison sans quelques *poussées* rares, mais caractéristiques.

L'eczéma chronique, quelle que soit sa forme, est toujours accompagné d'un *prurit* remarquable : ce symptôme, qu'il est important de se rappeler, n'est, au début, qu'un léger *fourmillement* qui augmente à mesure que les éruptions se multiplient. Les démangeaisons finissent quelquefois par devenir *brûlantes* : c'est un supplice pour les malades, qui, ne pouvant résister au besoin de se gratter, se déchirent avec les ongles et les corps les plus durs. Dans quelques cas, le prurit est peu marqué pendant toute la durée de la maladie. En général, il s'exaspère sous diverses influences, telles que l'usage des excitants, des spiritueux, la chaleur du lit, le contact des vêtements de laine, etc., etc.

#### §. IV — Siège de la maladie.

L'eczéma chronique peut affecter tous les points du corps ; cependant quelques

(1) *Loc. cit.*, p. 71.

ties de l'enveloppe cutanée en sont plus fréquemment le siège : l'affection vésiculeuse présente alors certaines particularités qu'il est bon de signaler.

Au *cuir chevelu*, il constitue ce qu'on a appelé la *teigne amiantacée*, la *teigne furacée* ; il a été confondu par certains auteurs avec la *teigne muqueuse*, qui, on la remarque de Bateman, n'est qu'un *impétigo*. On le reconnaîtra aux signes suivants : il se présente, non avec des croûtes, mais avec des *squames* jaunâtres, lasses, irrégulières, accompagnées d'un *léger suintement* dans quelques points. Les *cheveux* sont libres et peu altérés, ou enveloppés dans une partie de leur étendue d'une sorte de gaine squameuse. L'éruption est toujours accompagnée de *prurit* et *n'est pas contagieuse*. Quelquefois il détermine une *alopécie* incomplète.

Aux *oreilles*, il est très fréquent chez la femme, et constitue une maladie très rebelle. Il peut envahir toute la conque et déterminer son hypertrophie ; à l'intérieur du conduit auditif, le gonflement peut être tel qu'il entraîne une *surdité* identelle.

Aux *mamelons* chez les jeunes filles, mais surtout chez les nourrices, il occasionne des gerçures souvent très douloureuses, et provoque l'eugorgement des *glandes axillaires*.

Aux *organes génitaux*, aux *cuisses*, à l'*anus*, il est caractérisé par des *démangeaisons* insupportables ; ce prurit, qui entraîne les malades à se gratter irrésistiblement, est de la dernière incommodité et porte les malades à des idées de trisisme et même de suicide.

Aux *mains*, l'eczéma est fréquent et difficile à guérir ; on l'observe surtout chez les *épiciers* : les pathologistes anglais l'ont appelé *gale des épiciers*.

L'eczéma peut devenir *général*, mais c'est presque exclusivement à l'état aigu, surtout à l'état simple.

#### § V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

A l'état aigu, l'eczéma a une *marche* assez rapide ; à l'état chronique, il offre ordinairement une succession de rémissions et d'exacerbations qui font souvent prévoir sa terminaison prochaine. Quand il touche à sa fin, on voit d'abord diminuer la sécrétion ; les squames, moins larges, plus minces, se reforment plus lentement ; la guérison marche de la circonférence au centre. Enfin, lorsque tout a disparu, il reste une empreinte brune qui quelquefois persiste toute la vie.

La *durée* de l'eczéma est impossible à préciser : cette affection peut résister à tous les traitements et avoir une durée indéfinie. Cette durée est aussi subordonnée à certaines conditions, telles que l'ancienneté du mal, les causes qui l'ont fait naître et peuvent l'entretenir, etc.

L'eczéma est une maladie qui guérit facilement à l'état aigu : il est plus rebelle à l'état chronique, souvent on ne réussit pas à le faire disparaître. Il peut, dans certains cas, se transformer en *pemphigus* : transformation heureusement fort rare, dit M. Cazenave, car elle est presque toujours funeste.

#### § VI. — Lésions anatomiques.

Selon M. Rayer, les follicules cutanés sont essentiellement affectés dans l'eczéma. Il plaçait le siège de la lésion dans la membrane vasculaire d'Eichhorn, mem-

brane qui a pour fonction la sécrétion épidermique. Se fondant sur les caractères locaux et l'histoire de la maladie, M. Cazenave regarde l'eczéma comme une maladie de l'appareil sudoripare, et place le siège des vésicules à l'extrémité des conduits sudorifères enflammés.

### § VII. — Diagnostic, pronostic.

}. A l'état aigu, l'eczéma peut être confondu avec l'*herpès* et la *gale*.

Pour l'*herpès*, on évitera l'erreur en se souvenant que les groupes vésiculeux de cette éruption sont toujours bien délimités, que les vésicules sont plus grandes, comme perlées, et qu'elles donnent lieu à une desquamation à peine sensible.

Dans la *gale*, les vésicules sont acuminées, peu transparentes ; elles sont isolées, discrètes, disséminées sur certains points où elles ont leur siège de prédilection : en effet, on les rencontre aux bras, aux poignets, au ventre, à la verge, mais surtout dans l'intervalle des doigts. La présence du sillon de l'*acarus*, quand on peut la constater, lève tous les doutes.

Quelle que soit sa ressemblance avec l'*impétigo* dans certains cas, l'eczéma s'en distinguera en ce que jamais il ne donne lieu à des croûtes toujours épaisses, molles, d'un jaune ambré, comme on les observe dans l'affection pustuleuse. L'eczéma produit plutôt des squames que des croûtes.

Cette affection, à l'état chronique, pourrait être confondue avec le *lichen agrius*, qui a quelquefois le même siège et présente une excoriation et un suintement analogues à ceux de l'eczéma. Mais si l'on se rappelle que le *lichen agrius* est surtout caractérisé par une rugosité remarquable qui dénote l'état papuleux primitif, tandis que la surface de l'eczéma est unie et luisante ; qu'il est toujours accompagné d'un prurit brûlant, différent des démangeaisons de l'eczéma ; qu'au lieu de squames lamelleuses, il est recouvert de petites croûtes, minces, dures, résultat de l'ulcération des papules ; si l'on ajoute, surtout, l'épaississement considérable de la peau propre au lichen, on évitera facilement toute erreur.

Quant au *psoriasis*, l'absence de tout suintement et du prurit, et la présence de véritables écailles minces, sèches, chatoyantes, qui caractérisent les affections squameuses, et le siège de prédilection aux genoux et aux coudes, dissiperont tous les doutes. Les caractères différentiels de l'eczéma du cuir chevelu seront donnés à l'article *Impétigo*.

### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

#### 1° Signes distinctifs de l'eczéma aigu et de l'herpès.

##### ECZÉMA AIGU.

Vésicules agglomérées sur des surfaces mal circonscrites, à peine visibles.  
Desquamation marquée.  
Prurit léger.

##### HERPÈS.

Vésicules en groupes bien limités ; plus grandes, comme perlées.  
Desquamation à peine sensible.  
Douleur vive.

2° *Signes distinctifs de l'eczéma aigu et de la gale.*

## ECZÉMA AIGU.

Vésicules ordinairement *aplaties*, transparentes, *agglomérées*.

Siège sur tous les points du corps.

Pas de sillons de l'acarus.

## GALE.

Vésicules *acuminées*, peu transparentes, isolées, *discrètes*.

Siège de prédilection : *poignet, ventre, intervalles des doigts*.

Sillons de l'acarus.

3° *Signes distinctifs de l'eczéma impétigineux et de l'impétigo.*

## ECZÉMA IMPÉTIGINEUX.

Squames lamelleuses semblables à des *feuilles superposés*.

## IMPÉTIGO.

Croûtes épaisses, molles, d'un jaune *ambré*.

4° *Signes distinctifs de l'eczéma chronique et du lichen agrius.*

## ECZÉMA CHRONIQUE.

Surface *unie, luisante*.

Squames lamelleuses.

Démangeaisons.

Derme d'épaisseur normale.

## LICHEN AGRIUS.

Surface *rugueuse, papuleuse*.

Petites croûtes minces, dures.

Prurit *brûlant*.

Derme épaissi très notablement.

5° *Signes distinctifs de l'eczéma chronique et du psoriasis.*

## ECZÉMA CHRONIQUE.

Toujours accompagné d'un peu de *suintement*.

Prurit.

Siège indifférent.

## PSORIASIS.

Squames sèches, chatoyantes, minces.

Prurit *nul*.

Siège de prédilection : *coudes, genoux*.

*Pronostic.* — A l'état aigu, l'eczéma est généralement une affection légère dont la guérison est prompte. A l'état chronique, il peut, ainsi que nous l'avons vu plus haut, durer un temps illimité et devenir une maladie, sinon grave, au moins très incommode par sa ténacité. Dans ce cas, du reste, le pronostic est subordonné à certaines conditions qu'il est facile de prévoir, telles que la cause de la maladie, la constitution du sujet, etc., etc.

La fréquence des *récidives* est une circonstance qui impose une certaine réserve quand il s'agit de porter le pronostic de l'eczéma.

## § VIII. — Traitement.

Nous avons dit au commencement de cet article que pendant bien longtemps l'eczéma a été décrit avec d'autres affections de la peau sous le nom vague de *dartres*. A l'occasion du traitement, nous retrouvons tous les inconvénients de cette confusion et du vague dans lequel étaient nécessairement les auteurs en présence d'espèces mal caractérisées. Cette fâcheuse condition, qui se représentera plus d'une fois dans l'étude des maladies de la peau, nous obligera à ne pas insister.

sous le rapport thérapeutique, sur des moyens dont les indications sont pour nous incertaines, le diagnostic des affections contre lesquelles ces moyens étaient employés n'étant pas encore établi sur des données positives. C'est après avoir constaté ce fait, et en rappelant que beaucoup d'agents employés et vantés dans cette affection ont besoin du contrôle d'une observation nouvelle, fondée surtout sur un diagnostic précis, que nous allons exposer le traitement de l'eczéma.

[C'est ici qu'il est indispensable de rappeler combien il est nécessaire de s'enquérir, avant d'établir un traitement de l'eczéma, si le malade ne vit pas sous l'empire d'une diathèse héréditaire ou acquise; le plus souvent tout le secret de la thérapeutique est là. (Bazin.)]

1° *Traitement de l'eczéma aigu.* — Si l'eczéma aigu se présente sous sa forme simple, si l'inflammation est franche et modérée, on prescrira la *diète*, les *émollients*, le *repos* de la partie malade. Si le sujet est jeune et robuste, et que l'éruption s'accompagne de quelques symptômes de congestion, on y joindra les *émissions sanguines générales*; mais il est rare que l'intensité de la maladie soit telle que ce moyen devienne nécessaire.

A l'intérieur, on prescrira les *acides végétaux*, et à l'extérieur on recouvrira la surface enflammée de cataplasmes de fécule de pomme de terre et d'eau de guimauve, mais tièdes seulement; on fera des *lotions émollientes* ou légèrement *narcotiques*. On administrera des bains amidonnés ou gélatineux, et si l'éruption, devenue moins aiguë, tendait à se continuer, on recourrait aux *bains alcalins* et aux *lotions alcalines*.

Ce sont surtout l'*eczéma rubrum* et l'*eczéma impetiginodes* qui réclament l'emploi de ces derniers moyens; mais lorsque l'inflammation est peu considérable, lorsqu'elle s'est notablement calmée, on peut, comme l'expérience nous l'a fréquemment démontré, recourir avec un grand succès à des topiques actifs qui seront indiqués tout à l'heure dans le traitement de l'eczéma chronique, et principalement à la pommade suivante, que nous avons trouvée utile dans un grand nombre de maladies de la peau, lorsque l'irritation n'était pas trop vive :

℞ Axonge..... 50 gram. | Calomel..... 2 à 5 gram.

Mélez.

2° *Traitement de l'eczéma chronique.* — C'est surtout contre l'*eczéma chronique* que les auteurs ont préconisé une foule de moyens dont, le plus souvent, nous ne pouvons pas apprécier la véritable influence. Les uns ont vanté les applications locales, et font consister tout le traitement dans les médicaments topiques; les autres s'adressent plus particulièrement aux moyens généraux; beaucoup ont réuni les deux espèces de médications, et le plus souvent il est difficile de dire quelle est la part de chacune d'elles dans les effets obtenus. Quoi qu'il en soit, nous allons présenter les agents thérapeutiques qui ont été le plus généralement employés.

*Médication externe.* — Les *bains* sont très fréquemment administrés dans toutes les formes de l'eczéma chronique; donnés *simples*, à une température généralement peu élevée, rendus *émollients* par l'addition des mucilages, de la *gélatine* (500 grammes par bain), ils sont surtout utiles quand il existe un certain

é d'inflammation. Dans le cas contraire, on prescrit les *bains sulfureux artifi-*  
*ciels* (60 à 125 grammes de *sulfure de potasse*, 6 à 8 grammes d'*acide chlorhy-*  
*drique* pour un grand bain), ou mieux encore les bains d'Enghien, de Baréges,  
Bath, etc.

Les *bains de vapeur* sont aussi administrés dans un certain nombre de cas.  
Cazenave les conseille quand l'eczéma est sec et squameux; il les administre  
à une *température de 30° à 32° R.*; leur durée est d'un quart d'heure; mais cet  
auteur préfère encore les *douches de vapeur* dirigées sur la partie malade. Les  
*sulfures alcalins* qu'on fait en ajoutant à l'eau de la baignoire 100 à 125 grammes  
de carbonate de potasse, ont été aussi utiles dans un bon nombre des cas rapportés  
par les auteurs.

Les *lotions alcalines* sont recommandées pour calmer les démangeaisons.

Le docteur Thompson (1) conseille de laver les parties avec la solution suivante :

℞ Acide cyanhydrique..... 4 gram. | Émulsion d'amandes amères 240 gram.

Il a aussi vanté les lotions avec l'eau de son vinaigrée, l'eau de Goulard, le  
sulfate d'alumine; M. Gompagnero (2) a recommandé les *lotions de sublimé*;  
M. Bertrand (3) a conseillé celles de *sulfure de potasse*.

Enfin, suivant Bielt et M. Cazenave, la solution suivante aurait une très grande  
utilité dans les mêmes circonstances :

℞ Borax..... 2 à 8 gram. | Eau commune..... 600 gram.

Dissolvez. Pour lotions, trois ou quatre fois par jour.

Pour le but de changer le mode de vitalité de la peau, on a conseillé l'applica-  
tion d'un *vésicatoire* sur la partie même occupée par l'éruption. C'est dans le même  
but qu'on a employé la *cautérisation* avec le nitrate d'argent, l'acide chlorhydri-  
que, etc. En général, la cautérisation est dangereuse; M. Cazenave la rejette  
comme une base de traitement.

Pour rapprocher de ces moyens les *pommades* dont plusieurs médecins font  
un usage excessif. Les plus communément employées sont celles dans  
lesquelles l'axonge se trouve unie au *camphre* (0,25 à 1 gramme pour 35 gram-  
mes); à l'*oxyde de zinc* (5 à 8 décigrammes pour 30 grammes); au *calomel* (de  
5 à 10 grammes pour 50 grammes); au *protoiodure de mercure* (de 5 décigram-  
mes pour 30 grammes); au *goudron* (de 2 à 4 grammes), etc., etc.

Mialhe nous a donné la formule de la pommade suivante :

Axonge récente..... 40 gram. | Extrait d'opium..... 1 gram.  
Turbith nitreux..... 2 gram.

Dissolvez l'extrait d'opium dans quelques gouttes d'eau; ajoutez le turbith, puis l'axonge,  
mélangez le tout dans un mortier de porcelaine, jusqu'à ce que le mélange soit parfaitement  
uniforme. Cette pommade s'emploie en onctions légères, matin et soir.

Voy. Copland, *loc. cit.*

*Gazette médicale*, 1831.

*Recueil périodique de la Société de médecine*, t. XLVIII.



M. Trousseau (1) emploie les *bains de sublimé* à la dose de 15 grammes, dans l'eczéma impétigineux des enfants.

« Quant aux moyens locaux à employer contre l'eczéma chronique, s'ils sont, dit M. Cazenave, moins limités que dans la forme aiguë, ils doivent cependant être conseillés avec la plus grande sobriété. Il faut avant tout, et même dans les cas les plus rebelles, éviter les topiques irritants. S'il y a sécrétion abondante, je fais mettre, le jour, sur les parties malades, un linge fin recouvert de taffetas gommé; le soir, je fais saupoudrer avec de l'amidon... En général, il ne faut pas employer de pommades; mais il faut principalement bannir du nombre des topiques, dans le traitement de l'eczéma, les sulfureux, que l'on a cependant vantés comme une panacée. » Ajoutons néanmoins que nous avons vu souvent réussir, dans ces cas, les onctions avec la *pommade au goudron* ou l'*huile de cade*, sans oublier de mentionner ici un fait extrêmement remarquable que M. Cossy a observé dans le service de M. Louis, et dont il a rendu compte (2).

Un homme malade depuis un grand nombre d'années, et ayant tout le corps couvert d'une couche épaisse de squames, fut guéri par le *brossage* à l'aide d'une brosse très dure mouillée avec un liquide dont celui qui dirigeait le traitement ne voulut pas faire connaître la composition. Le brossage était fait si rudement, que, dans les premiers temps surtout, la peau était couverte de sang, et que dans le cours du traitement, qui dura plusieurs mois, on usa une brosse jusqu'au bois, et une autre à moitié. Le malade fut parfaitement guéri de son eczéma, qui lui rendait la vie insupportable, et qui avait résisté à un très grand nombre de moyens de traitement, dont plusieurs avaient été mis en usage à l'hôpital Saint-Louis pendant très longtemps. Le liquide employé paraissait alcoolique.

Un résultat semblable ayant été obtenu par M. le docteur Tiry (3) à l'aide de moyens qui nous sont connus, mentionnons-le ici.

Il s'agissait d'un eczéma chronique occupant toute la surface du corps, durant depuis deux mois, ayant produit de nombreuses croûtes, ainsi que l'épaississement du derme, donnant lieu à un suintement abondant, à une vive démangeaison, à la rétraction permanente des muscles, à des accidents généraux très graves. La guérison fut obtenue en six semaines par le traitement suivant :

A l'extérieur, bains de carbonate de potasse et bains d'amidon alternant tous les deux jours. Tous les jours, frictions prolongées avec l'onguent suivant :

¼ Suie de bois . . . . . 30 gram. | Axonge . . . . . 120 gram.

Ajoutez :

Huile de jusquiame noire . . . 4 gram. | Huile d'amandes douces . . . 4 gram.

Mélez.

Compression graduée des membres au moyen de bandes roulées et amidonnées et soutenues par des cartons dans les points où il y a beaucoup de muscles.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, février 1847.

(2) *Archives de médecine*.

(3) *Presse médicale belge*, et *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, janvier 1850.

À l'intérieur, le mélange suivant :

℥ Iodure de soufre..... 0,50 gram.	Eau de sureau..... 120 gram.
Rob de sureau..... 8 gram.	

Dose : quatre cuillerées par jour.

Pour boisson, décoction des quatre bois sudorifiques.

Pour régime, légumes et viandes blanches.

Enfin M. Wilson a guéri des eczémas tant aigus que chroniques en couvrant la face malade d'une couche de collodion, moyen sur lequel nous aurons plus d'une occasion de revenir à propos des autres affections cutanées.

Moyens internes. — Souvent administrés comme adjuvants, ils sont choisis, tantôt les purgatifs, tels que les eaux de Sedlitz, de Pullna, l'huile de ricin, le calomel (20 centigrammes le matin à jeun, Biett), les pilules de Plummer ; tantôt les eaux minérales salines ou sulfureuses ; tantôt dans les acides minéraux.

M. Biett et Plumbe ont recommandé les limonades nitrique, sulfurique, carbonique. Le soufre, donné à l'intérieur, n'a paru à M. Rayet avoir d'action appréciable sur les eczémas chroniques que lorsqu'il produisait un effet purgatif. Comme médication spéciale, surtout dans les cas d'éruption ancienne et rebelle, il a préconisé à l'intérieur la teinture de cantharides, à la dose de 3, 4 et 5 gouttes par jour.

M. Biett a mis en honneur les préparations arsenicales, dont il dit avoir retiré de nombreux avantages signalés. Il employait de préférence l'arséniate de soude et celui de potasse, qu'il administrait dans la proportion de 5 centigrammes d'un de ces sels dans 30 grammes d'eau distillée. Il commençait par un gramme environ de cette solution. M. Cazenave administre dans le même but la solution de Pezomarine à la dose de 1 à 4 grammes par jour. Nous reviendrons avec détail sur cette médication, à l'occasion des maladies squameuses, dans le traitement desquelles ces moyens ont acquis, depuis ces dernières années, un haut degré d'importance.

Restent quelques moyens particuliers qu'il n'est pas sans intérêt de connaître : telle est la mixture de Biett, ainsi composée :

℥ Sirop de fumeterre..... 375 gram.	Sulfite sulfureux de soude..... 8 gram.
— de pensée sauvage.. 125 gram.	

Deux cuillerées par jour.

Le docteur Gardras (1) regarde la douce-amère, prise à l'intérieur, comme le meilleur moyen contre l'eczéma. Les faits qu'on peut donner à l'appui de son opinion sont insuffisants.

Tel est l'ensemble des moyens qu'on peut, avec le plus d'avantages, opposer à l'eczéma. Ils n'ont pas tous, à beaucoup près, la même valeur, et malheureusement nous manquons de renseignements précis sur l'influence relative de la plupart d'entre eux. Quels que soient, en général, ceux qu'on emploie, il faut insister longtemps sur leur usage ; et si le praticien croit devoir s'aider à la fois des moyens internes et des moyens externes, qu'il se garde, comme le fait observer judi-

(1) *The London med. and phys. Journal*, mai 1830.

sement M. Cazenave, d'employer des moyens opposés les uns aux autres, comme, par exemple, des cataplasmes émollients et les eaux de Baréges.

Si l'eczéma s'est développé sous l'influence d'une cause extérieure, il suffit souvent d'éloigner la cause pour dissiper le mal. Parfois alors il faut engager les malades à renoncer à leur profession.

Selon le siège qu'il occupe, l'eczéma réclame aussi quelques indications particulières : dans l'*eczéma des oreilles*, il faut parfois *introduire un peu d'éponge préparée* pour prévenir l'oblitération du conduit. En outre, il est bon, en pareil cas, d'employer quelques moyens particuliers. A l'*état aigu*, d'après M. Chausit (1), il faut prescrire les *injections émollientes* ou *narcotiques*; à l'*état chronique*, des *injections astringentes*, *savonneuses*, des *lotions avec la mixture de Gowland* modifiée ainsi qu'il suit par M. Cazenave :

℞ Bichlorure de mercure... 0,10 gram.	Lait d'amandes..... 250 gram
Chlorure d'ammonium... 0,20 gram.	

F. s. a.

Quand il y a complication d'hypertrophie rebelle, on emploiera avec avantage les *douches de vapeur aqueuse*, dirigées vers l'oreille.

Dans l'*eczéma du cuir chevelu*, il est bon de *couper les cheveux* et d'*entretenir dans cette partie une grande propreté*. Les *douches de vapeur* sont spécialement conseillées par M. Cazenave dans l'*eczéma du scrotum*.

Un *régime* d'autant plus *sévère* que l'eczéma offrira plus de signes d'acuité, complétera le traitement; on y joindra le *repos* de la partie malade; les *fatigues*, les *excès* de toute espèce, seront soigneusement évités.

#### RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Eczéma aigu* : Émissions sanguines; bains amidonnés, gélatineux, alcalins; lotions émollientes, narcotiques; cataplasmes, repos, tisane acidule.

2° *Eczéma chronique* : Bains simples, de vapeur, sulfureux, alcalins; lotion acidules, astringentes; vésicatoire, cautérisation; pommades, frictions prolongées collodion. *Moyens internes* : Cantharides, arsenic; purgatifs, sulfureux, salins.  
*Régime*.

## ARTICLE II.

### HERPÈS.

Fréquemment employée par les auteurs qui se sont livrés à l'étude des maladies de la peau, la dénomination d'*herpès* a été appliquée, jusqu'à Willan, à des affections diverses; mais depuis les travaux du pathologiste anglais, on l'a réservée à un groupe des affections vésiculeuses; et les auteurs modernes, tels que Biett, MM. Rayer, Cazenave et Gibert, Devergie, Bazio, Hardy, ont tous adopté cette classification.

(1) *Loc. cit.*, p. 83.

(2) *Archives générales de médecine*, août 1853.

De nombreuses divisions ont été introduites dans l'histoire de l'herpès : les unes fondées sur le siège, les autres sur la forme de l'éruption. Ainsi on a décrit l'*herpes labialis*, un *herpes præputialis*, un *herpès de la vulve* (Legendre) (1), l'*herpès iris*, un *herpès phlycténoïde*, un *herpes zona*, un *herpès tonsurant*, l'*herpes circinatus*. Embrassant dans une même description l'étude générale de l'herpès, nous indiquerons, chemin faisant, ce que chacune des variétés offre de particulier à considérer. Cette manière d'exposer l'histoire de la maladie nous épargnera des longueurs et des répétitions.

La division en *herpès aigu* et *herpès chronique* n'étant applicable qu'à quelques-unes de cette éruption, nous nous contenterons de la rappeler quand il s'agit des formes seulement.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On désigne sous le nom d'*herpès* une éruption de vésicules rassemblées en groupes sur une base enflammée, et disposées de manière à occuper une ou plusieurs surfaces bien circonscrites, et séparées entre elles par des intervalles où la peau est restée saine.

Les différentes dénominations que les auteurs ont données à l'herpès viennent surtout, ou de sa forme, ou du siège qu'il occupe : tels sont l'*herpes zona* ou *zoster*, l'*herpes circinatus*, *iris*, etc. L'herpès est la *dartre phlycténoïde* d'Alibert, etc., etc.

A l'état aigu, l'herpès est une maladie assez fréquente, et surtout quand elle présente sous la forme qui a reçu le nom de *zona* : les formes chroniques sont moins communes, et quelques-unes d'entre elles sont assez rares.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

L'herpès peut se développer à tout âge, mais on le rencontre plus souvent dans la jeunesse et dans l'âge adulte. La forme à laquelle M. Cazenave a donné le nom d'*herpès tonsurant* ne se montre guère après quinze ans.

Les femmes, les individus blonds à peau fine et blanche, à tempérament nerveux, sont, d'après les auteurs, prédisposés aux diverses espèces d'herpès. C'est en été, comme l'ont fait remarquer MM. Rayet et Cazenave, qu'on les rencontre plus souvent.

#### 2° Causes occasionnelles.

Dans un grand nombre de cas, l'herpès se montre sans qu'il soit possible d'en découvrir la cause. Souvent on a attribué son apparition à l'influence du froid, de l'insolation, aux changements de saison. Dans quelques formes, l'affection a pour cause le contact de certaines matières irritantes : par exemple, le mucus du coryza sur la lèvre supérieure dans l'*herpes labialis*, de certains écoulements chroniques du vagin dans l'*herpes præputialis*, les cosmétiques dans l'*herpes circinatus*.

On a vu l'herpès survenir à la suite d'une émotion morale vive, de fatigues excessives, de longues veilles, après un mouvement fébrile plus ou moins long et temps prolongé. En pareil cas, c'est principalement l'*herpes labialis* qui se produit.

(1) *Archives générales de médecine*, août 1853.

L'herpès *n'est pas contagieux* ; une de ses formes seule a cette propriété : c'est l'*herpès tonsurant*.

### § III. — Symptômes.

1° *Description des symptômes de l'herpès en général.* — Le plus souvent, sans qu'il ait existé aucun symptôme général, on voit apparaître sur les parties qui vont être le siège de l'éruption une foule de *petits points rouges* réunis et agglomérés sur un espace très limité. En même temps le malade y éprouve une *sensation de cuisson* souvent très vive, quelquefois une sorte de *brûlure*. Ces phénomènes plus sensibles dans l'*herpès zona*, précèdent quelquefois l'éruption de quelques jours.

Le lendemain, on trouve sur une surface rouge, enflammée, une foule de *petites vésicules* pleines d'un *liquide séreux*, résistantes, agglomérées, présentant le volume d'un grain de millet (*herpes miliaris*), et, dans quelques points, ayant celui d'un petit pois. Leur forme est globuleuse. Elles sont dures, transparentes d'une teinte opaline, argentée. Les *groupes*, entourés comme d'une aréole érythémateuse par la rougeur qui les dépasse, sont ordinairement composés de quinze à cinquante vésicules. Celles-ci se flétrissent et s'affaissent du quatrième au cinquième jour ; le *liquide qu'elles renferment devient purulent*, puis se dessèche en *croûtes brunes* qui ne tardent pas à tomber. Dans quelques points il est résorbé, et l'éruption se termine par une légère desquamation. « J'ai vu, dit M. Cazenave surtout chez les vieillards, des *ulcérations superficielles* succéder à des vésicules molles, mal distendues par un liquide sanieux. »

Quand la maladie a disparu, on trouve encore à sa place des *empreintes rougeâtres* qui peuvent persister au delà d'un mois. On voit de même, dans beaucoup de cas, des *douleurs* très vives survivre à l'éruption cutanée.

Cette éruption, bornée parfois à une plaque vésiculeuse dont l'étendue varie de la largeur d'un écu jusqu'à celle de la paume de la main, se compose le plus souvent de plusieurs groupes occupant plusieurs points à la fois, soit qu'elle les envahisse simultanément, soit qu'elle les ait affectés successivement.

Telle est la description de la forme d'herpès qu'on peut regarder comme le type du genre. Passons maintenant en revue les diverses *variétés*.

2° *Herpès phlycténoïde.* — Il est assez souvent précédé ou accompagné au début de quelques *phénomènes généraux*. Ceux-ci ne consistent le plus souvent qu'en un peu d'anorexie et de soif, et un léger mouvement fébrile ; ils se dissipent promptement. L'herpès phlycténoïde qui, ainsi que son nom l'indique, est caractérisé par des vésicules assez grosses pour ressembler à des phlyctènes, a une durée de deux à trois septénaires. Il peut occuper toutes les régions du corps ; on le rencontre surtout aux joues, à la poitrine, aux bras.

3° *Herpès labialis.* — Cette variété, qui ne mérite pas une description à part, offre, sur un point circonscrit de l'ouverture buccale, les phénomènes d'éruption que nous venons de signaler. Tout ce qu'il est nécessaire d'ajouter, c'est que le point de la lèvre où doit paraître le mal devient d'abord le siège d'un sentiment de *chaleur âcre* et brûlante, suivi bientôt d'un *gonflement* assez marqué. La surface est rouge et luisante, et ne tarde pas à se couvrir des vésicules caractéristiques.

elles-ci n'occupent le plus souvent qu'une partie restreinte de l'une des lèvres, et ordinairement le point où la muqueuse se confond avec la peau. L'*herpes labialis* parcourt rapidement sa marche ; le liquide des vésicules se concrète en *croûtes sèches* qui tombent du septième au huitième jour. Si on les arrache, il s'en forme de nouvelles qui persistent plus longtemps.

[M. Gubler a démontré que l'*herpes* dit *labialis* peut se développer sur divers points de la face, au nez, à la joue, aux paupières, et même sur la conjonctive oculaire, où il détermine une vive inflammation. Il peut même prendre naissance dans la cavité buccale et à l'isthme du gosier, où il produit l'*angine couenneuse* dite commune. Voici les conclusions de cet auteur.]

[4° *Herpès guttural*. — « 1° L'angine couenneuse, dite commune, est une variété de l'angine vulgaire, *a frigore*, et prend place dans le groupe naturel des maladies qui dérivent de l'action du froid. 2° La coïncidence fréquente de l'*herpes labialis* souvent du même côté que l'angine, et la similitude incontestable des lésions de la bouche et de l'orifice guttural, démontrent clairement la réalité de l'*herpès* sur les régions en apparence diphthéritiques. 3° Mais l'*herpès*, comme tous les autres éléments anatomiques des affections tégumentaires, subit des modifications sur les membranes muqueuses. Les vésico-pustules qu'il forme se décoiffent de leur épithélium et montrent à nu leur exsudat plastique ; en sorte que, lorsqu'elles deviennent confluentes, elles offrent une surface couenneuse plus ou moins étendue. 4° L'aspect de cette surface est modifié, son étendue est augmentée par une formation pseudo-membraneuse sans ulcération préalable qui s'étale sur les points nutritifs, c'est à-dire sur l'auréole inflammatoire du groupe d'*herpès*. Cette constance indique chez les muqueuses une tendance très marquée aux exsudats plastiques, et démontre que, sous ce rapport, elles sont intermédiaires entre les séreuses et la peau. 5° La couche plastique de l'*herpès guttural* offre exactement la même composition chimique et microscopique que la pellicule du croup, *contagium* qui accompagne celle-ci n'étant pas saisissable par nos moyens d'investigation les plus perfectionnés. Cette identité n'a rien qui doive surprendre, les symptômes ne sont jamais absolument pathognomoniques ; souvent au contraire, les lésions sont communes à des maladies de nature diverse, et les causes peuvent être véritablement spécifiques. 6° Malgré cette analogie de lésion avec l'angine diphthéritique maligne, et malgré quelques différences secondaires en rapport à l'éruption cutanée, l'angine couenneuse commune n'est donc en réalité qu'un *herpès* de l'isthme du gosier et mérite le nom d'*angine herpétique*.

Il existe deux variétés de cette angine : dans l'une, l'*herpès* est primitif et constitue la lésion unique ; dans l'autre, il succède à une amygdalite et se surajoute au phlegmon tonsillaire, en même temps qu'une éruption semblable couvre les lèvres. On pourrait nommer la première angine d'*herpès* (*angina ab herpete*), la seconde, angine avec *herpès* (*angina cum herpete*). 8° Cette affection, bénigne par sa nature, peut néanmoins entraîner des conséquences sérieuses, en raison de son siège et de l'obstacle qu'elle apporte à l'alimentation : elle est à l'*herpes labialis* ce que l'œdème érysipélateux de l'orifice supérieur du larynx est à celui des paupières. 9° L'*herpès guttural* ne réclame aucun traitement spécifique. Au besoin, une émission sanguine, locale ou générale, sera parfois nécessaire. Le plus souvent on aura recours à un éméto-cathartique utile pour faire tomber l'appareil



fébrile et commencer la résolution de l'engorgement inflammatoire. Alors les vulsifs cutanés rendront des services.

» Les autres indications à remplir sont : 1° de calmer les douleurs causées déglutition à l'aide des narcotiques appliqués localement ; 2° de favoriser l'évacuation des produits exsudés par des gargarismes légèrement détersifs et des bains émollientes ; 3° d'entretenir la liberté du ventre par des lavements et des laxatifs ; 4° de donner des aliments mous ou liquides, et, s'ils ne sont pris en proportions insuffisantes, d'y suppléer par des lavements nutritifs, et de soutenir les forces par des toniques..... 10° Des considérations analogues aux précédentes s'appliquent à l'ophtalmie spéciale, due à la présence de groupes d'herpès sur la conjonctive oculo-palpébrale, affection dont un exemple se trouve consigné dans la mémoire (1). »]

5° *Herpes præputialis*. — Bielt a le premier appelé l'attention sur cette variété de l'herpès, dans laquelle il a distingué deux états bien tranchés : l'état aigu et chronique. Les détails suivants, empruntés à M. Cazenave, qui a le mieux exposé les idées de Bielt, feront connaître l'importance de cette distinction.

A l'état aigu, l'éruption s'annonce par la présence de quelques taches rouges d'étendue variable, dépassant rarement la grandeur d'une pièce d'un franc. Les taches se recouvrent bientôt de petites vésicules globuleuses, transparentes. L'éruption a pour siège la face externe du prépuce, l'inflammation est peu considérable, le liquide des vésicules se résorbe, il y a une légère desquamation ; quelquefois il se forme de petites croûtes brunes qui tombent rapidement, et l'affection se termine dans l'espace d'un septénaire. Si, au contraire, l'herpès se développe à la face interne du prépuce, l'inflammation est plus forte, les plaques vésiculeuses sont d'un rouge tellement vif, que les vésicules, en raison de leur transparence, paraissent rouges elles-mêmes ; elles sont d'abord très petites, grossissent rapidement et se réunissent entre elles par petits groupes confluentes. Quelquefois la résolution a lieu, mais le plus souvent les vésicules se déchirent et laissent après elles de petites érosions superficielles qui conservent la forme arrondie des vésicules, et disparaissent rapidement sans laisser de traces. Un prurit et une démangeaison au début, une cuisson légère quand il y a des érosions, tels sont les seuls symptômes qui accompagnent l'état aigu, dont la durée ne dépasse pas ordinairement huit jours.

A l'état chronique, l'herpes præputialis, maladie souvent méconnue, consiste en une succession d'éruptions qui apparaissent à des intervalles de plus en plus rapprochés. L'inflammation, augmentant graduellement, finit par gagner les cordons du tissu cellulaire sous-muqueux. Le prépuce devient de plus en plus rude, difficile à se replier sur lui-même ; son ouverture se transforme en un anneau épais qui se rétrécit chaque jour, et permet à peine le passage de l'urine. Il peut aussi arriver que l'orifice du prépuce se resserre de telle sorte qu'il ne corresponde plus exactement au méat urinaire ; alors l'urine n'est plus chassée complètement et chaque émission occasionne de la douleur, de la cuisson, des démangeaisons vives. Dans ces conditions, l'extrémité du prépuce est froncée. Les efforts qu'on fait pour découvrir le gland donnent lieu à des tractions et à des déchirures.

(1) A. Guibler, *Mémoire sur l'herpès guttural, etc.* Paris, 1858.

*douloureuses*. M. Cazenave a vu chez un malade atteint de cette forme d'herpès, et bien que le rétrécissement fût peu avancé, un paraphimosis grave, déterminé par le renversement forcé du prépuce. Il est facile d'apprécier les inconvénients de toute sorte que peuvent entraîner de pareilles conditions; aussi tous les malades observés par Bielt et M. Cazenave étaient-ils tombés dans la tristesse et le découragement.

6° *Herpes zona*. — Longtemps décrit à part et sous des noms différents, tels que : *feu de Saint-Antoine*, *feu sacré*, *ignis sacer*, *herpès phlycténoïde en zone*, etc., l'herpès *zona* ou *zoster* entre parfaitement, par ses caractères fondamentaux, dans le type que nous avons décrit sous le nom d'*herpès phlycténoïde*; c'est à tort que certains auteurs en ont voulu faire une variété de l'érysipèle, sous le nom d'*érysipèle bulleux*. Sa fréquence et quelques particularités de son développement ont une certaine importance, sans toutefois exiger une description spéciale; elles seront suffisamment exposées dans les détails suivants.

La *disposition en demi-ceinture*, qui lui a valu le nom de *zona*, est le caractère saillant de l'éruption. En général, cette forme a son siège au tronc, le plus souvent à la base du thorax; on la rencontre aussi au cou, à la face, rarement aux membres seulement; elle n'affecte jamais qu'un seul côté à la fois. Le *zona* paraît aussi se montrer plus fréquemment à droite qu'à gauche.

Il a toujours la forme d'une demi-ceinture, constituée, non par une suite non interrompue de vésicules, mais par une *série de groupes vésiculeux*, séparés par les intervalles plus ou moins considérables, où la peau est restée saine. Ces groupes, ordinairement assez rapprochés, peuvent quelquefois être assez éloignés les uns des autres, de telle sorte, par exemple, que la demi-zone soit formée par trois ou quatre plaques.

Une circonstance qui a frappé tous les observateurs, c'est la *douleur* locale qui se fait sentir dans chaque groupe vésiculeux, qui lui survit et persiste parfois très longtemps. C'est surtout cette dernière particularité qui a attiré l'attention : elle avait été signalée par Pinel (1) et M. Louis (2), qui ont rapporté des cas de douleurs persistant plusieurs années après la disparition de l'éruption. Les douleurs ont généralement une intensité considérable, et affectent la forme des *douleurs névralgiques*. Elles n'appartiennent pas exclusivement au *zona*. On les retrouve quelquefois dans la forme phlycténoïde.

En ajoutant que, parmi les plaques vésiculeuses, celles qui occupent les extrémités de la demi-zone sont ordinairement plus largement développées, et que l'éruption s'accompagne presque toujours de symptômes généraux, nous aurons dit tout ce qu'il y a de particulier à connaître sur cette forme de l'herpès.

[La nature du *zona* n'est pas uniformément interprétée. Quelques auteurs ont pensé que c'était une fièvre éruptive, et ils ont appuyé leur opinion sur la régularité de sa marche et sur la disparition des phénomènes généraux au moment où apparaissait l'éruption. Mais cette régularité est loin d'être aussi grande que celle des fièvres éruptives; d'ailleurs le *zona* diffère essentiellement de ces affections par sa localisation, par l'absence de contagion et par la circonstance des causes acci-

(1) *Nosographie philosophique*, art. *Zona*.

(2) *Journal hebdomadaire de médecine*, t. VI, p. 361.

dentelles sous l'influence desquelles il se développe souvent; nous rappelons ici le froid et les émotions morales.

On a encore considéré le zona comme une névralgie. M. le docteur Parrot a publié un mémoire dans lequel il cherche à établir la nature névralgique ou rhumatismale du zona en ne considérant l'éruption que comme un symptôme accessoire. Il base son opinion sur les caractères de la douleur, qui se rapproche de celle des névralgies, et surtout sur les causes de l'affection qui, dans presque toutes les observations qu'il a recueillies, se rapportent à un refroidissement. M. Hardy admet l'existence fréquente, mais non la constance de cette cause qu'il est impossible de retrouver dans bien des cas. Mais l'objection la plus sérieuse à faire à la doctrine de M. Parrot consiste dans l'absence complète de douleur observée chez certains malades atteints de zona. Or, que devient une névralgie sans douleur? Admettons donc que le zona est une maladie inflammatoire accidentelle à laquelle l'existence habituelle d'une véritable névralgie donne un caractère spécial, mais qui ne peut cependant être rangée ni dans la classe des fièvres, ni dans celle des névralgies (1).]

7° *Herpes circinatus*. — C'est une variété de forme qui a pour caractère particulier de se présenter sous l'aspect de *cercles complets* plus ou moins étendus, dont le centre est vide et ordinairement intact. Les bords, rouges, enflammés, se recouvrent de *vésicules globuleuses* extrêmement petites, auxquelles succèdent de petites *squames* si minces, si ténues quelquefois, qu'elles constituent une espèce d'état farineux.

L'herpès circiné s'annonce par des *points rouges* de la largeur d'un franc, souvent moindres, rarement d'un diamètre de 5 à 6 centimètres; ces points ont toujours l'apparence d'un *disque bien arrondi*; au début, ce caractère est moins sensible, surtout quand le point rouge est très borné.

Dans quelques cas, les *disques* vont en s'élargissant, et acquièrent ainsi une étendue assez considérable; ils sont d'abord peu nombreux; il peut même n'y en avoir qu'un seul. D'autres fois ils sont en grand nombre, se rapprochent, se confondent de manière à ne plus présenter qu'une seule plaque farineuse qu'on pourrait prendre pour un eczéma squameux, si, en cherchant à la circonférence de l'éruption, on ne retrouvait des portions de cercle qui rappellent le caractère de la maladie. Cette variété a été décrite avec beaucoup de soin par M. Cazenave, qui l'a appelée *herpès squameux*.

L'herpès circiné a un *siège* de prédilection : le cou et la face sont les points où on le rencontre le plus fréquemment. Cette circonstance a de l'importance pour le diagnostic.

La *durée* de cette maladie, qui n'est ordinairement que de huit à dix jours, lorsque l'éruption n'est constituée que par une seule plaque, peut aller au delà de deux à trois septénaires quand il se fait plusieurs éruptions successives de disques vésiculeux.

8° *Herpès iris*. — Introduite pour la première fois par Bateman dans le genre herpès, cette variété très rare, mais curieuse par son aspect singulier, est caractérisée par une plaque que forme un petit groupe vésiculeux entouré de *quatre an-*

(1) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, publiées par M. Garnier. Paris, 1859.

aux érythémateux de nuances différentes. Au début, c'est une petite tache qui bientôt se sépare en petits anneaux.

Les vésicules apparaissent et se flétrissent en deux ou trois jours, et vers le quatrième on trouve des nuances distinctes disposées en quatre cercles concentriques, comme les couleurs d'une cocarde. La première, en partant du centre, est d'un rouge brun; la seconde, d'un blanc jaunâtre; la troisième, d'un rouge foncé; la quatrième, d'une teinte rosée qui va se perdant et se confondant avec la coloration de la peau voisine. On ne trouve pas toujours cette variété de couleurs aussi bien prononcée.

L'herpès iris, qu'on rencontre surtout au front, aux mains, aux malléoles, en tout à tous les points saillants, se termine vers le dixième ou douzième jour par la résorption ou après une desquamation légère.

9° *Herpès tonsurant*. — Sous ce titre, M. Cazenave a désigné une affection jusqu'à lui mal connue (1), décrite sous les noms de *ringworm* par les auteurs anglais, de *teigne tonsurante*, par M. Bazin, qui, le premier, a fait sortir le traitement, jusque-là secret de cette maladie, du domaine des empiriques (2). Voici la description de M. Cazenave :

« L'herpès tonsurant est caractérisé par des plaques ordinairement bien arrondies, qui tendent à s'agrandir sans cesse, qui sont couvertes au début de vésicules petites, qui se reproduisent en suivant un mouvement d'extension excentrique continu, et auxquelles succède une desquamation différente de celle de l'herpès simple en ce qu'elle existe au centre comme à la circonférence. Ces plaques présentent secondairement une surface inégale, sèche, parsemée d'aspérités sensibles à la vue et au toucher, recouverte de cheveux rompus très également à 3 ou 4 millimètres du niveau de l'épiderme, de manière à former une véritable calvitie. »

Les plaques offrent une étendue qui varie de celle d'une pièce d'un franc à celle d'un 5 francs; le plus souvent il n'y en a qu'une : quelquefois plusieurs se confondent par leur circonférence et forment une grande plaque. La surface tonsurée est sèche, sans rougeur, d'une teinte gris bleuâtre; si on la gratte, elle se recouvre d'une poussière fine, très blanche, qu'on peut comparer à de la farine très fine. Il n'y a presque pas de démangeaison.

Les plaques peuvent occuper tous les points du cuir chevelu, mais elles semblent avoir une préférence marquée pour les parties latérales et postérieure de la tête. Une circonstance remarquable, indiquée par M. Cazenave, c'est que quatre sur cinq, les jeunes malades qui se sont présentés à son observation, avec un herpès tonsurant, portaient soit au cou, soit au front, des plaques d'herpès circonscrit. On n'a plus lieu de s'étonner de ce symptôme, quand on reconnaît, avec M. Bazin, que le champignon de l'herpès tonsurant tombe de la tête sur les régions voisines plus ou moins velues, et là développe une affection identique avec celle dont il est lui-même le produit.

Quand l'herpès tonsurant touche à la guérison, la plaque perd peu à peu son aspect chagriné; la surface rugueuse s'aplanit, la desquamation cesse, les cheveux

(1) *Traité des maladies du cuir chevelu*. Paris, 1850, p. 190.

(2) *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, 1853.

repoussent, et tout revient à l'état primitif. *Ce n'est jamais qu'après plusieurs mois, quelquefois des années, qu'on arrive à ce résultat.*

[Nous avons dû laisser subsister ici la description de l'*herpès tonsurant*, parce qu'en effet l'affection ne diffère pas des autres espèces d'*herpès*, au point de vue anatomique. Mais elle s'en distingue cependant par la cause, car il est démontré qu'elle est produite par un parasite végétal (*trichophyton*) (1). Nous aurions donc pu déplacer cette description et la transporter dans le chapitre où nous traiterons des parasites; mais c'eût été peu commode pour le lecteur. Dans ce chapitre nous donnerons la description du *trichophyton*, et là nous ferons remarquer que, selon M. Bazin, ce même parasite donne lieu à un groupe naturel d'affections, celui des *trichophyties* (2), comprenant l'*herpès circiné*, l'*herpès tonsurant* et le *sycosis*.

M. Hardy a complètement adopté les idées de M. Bazin sur ce sujet.]

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans la plupart de ces formes, l'*herpès* a une *marche* rapide, et la période de décroissance commence du sixième au huitième jour. Telle est la manière dont les choses se passent dans les *herpès phlycténoïde*, *labialis*, *iris*. Quelquefois la maladie se prolonge par suite de l'éruption successive de nouveaux groupes vésiculeux; c'est ce qu'on observe dans le *zona* et dans l'*herpes circinatus*. Une variété de l'*herpes præputialis* passe facilement à l'état *chronique*; et dès l'origine l'*herpès tonsurant* affecte cette forme, qu'il conserve jusqu'à la fin.

La *durée* de l'*herpès* varie d'un à deux septénaires; elle se prolonge rarement au delà. L'*herpes præputialis* peut durer fort longtemps, et c'est, comme nous venons de le voir, un des caractères de l'*herpès tonsurant*, de persister plusieurs mois et même des années.

Une guérison rapide, marquée par la disparition de tous les symptômes physiques de l'éruption, est la *terminaison* des diverses formes de l'*herpès*; il faut en excepter l'*herpès præputialis* et l'*herpès tonsurant*, qui ont de la tendance à se prolonger indéfiniment.

#### § V. — Lésions anatomiques.

« En ouvrant les vésicules à l'aide d'une lancette, on reconnaît, dit M. Rayet, qu'indépendamment de la sérosité qu'elles contiennent, il existe dans la plupart d'entre elles une petite fausse membrane très adhérente à la surface du réseau vasculaire de la peau. Ce réseau, d'un rouge vif, surmonté de petites granulations formées par les papilles, offre parfois de petits points d'un rouge violacé, surtout dans les vésicules qui contiennent de la sérosité sanguinolente. Quand les vésicules sont devenues purulentes, la pseudo-membrane n'existe pas ou est moins apparente. »

Dans un cas où le malade succomba, M. Rayet constata que les vaisseaux qui pénétraient à travers les aréoles du derme étaient très injectés dans les points correspondants à ceux où les vésicules s'étaient développées.

(1) Charles Robin, *Histoire naturelle des végétaux parasites*. Paris, 1853, p. 408.

(2) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*. Paris, 1859, in-8, p. 157.

## § VI. — Diagnostic, pronostic.

*Diagnostic.* — Si l'on se rappelle que l'herpès a pour caractères propres une éruption de vésicules rassemblées en groupes, et que ces groupes, formés sur une surface enflammée, sont séparés par des espaces où la peau est restée saine, on ne le confondra pas avec l'eczéma. Dans cette dernière maladie, en effet, les vésicules ne sont ordinairement pas disposées en groupes, ou, si elles le sont, elles forment des groupes irréguliers. En outre, dans l'eczéma, les vésicules, petites et confluentes, ne ressemblent pas aux vésicules globuleuses et transparentes de l'herpès, vésicules toujours bien isolées dans leur agglomération.

On distinguera du pemphigus les vésicules isolées et volumineuses de l'herpès phlycténoïde, en se rappelant que dans le pemphigus ce sont de véritables bulles parfois rapprochées, mais jamais agglomérées en groupes; que ces bulles sont plus larges et plus rondes; qu'elles ont une marche plus lente, et renferment un liquide impide qui se précipite à leur partie déclive. Mais il est certaines formes de l'herpès, ainsi que nous l'avons vu dans l'étude des symptômes, qui s'éloignent plus ou moins du type générique, et qu'on pourrait confondre avec d'autres affections cutanées qui s'en rapprochent par les apparences extérieures; c'est en indiquant leurs caractères distinctifs que nous compléterons le diagnostic de l'herpès.

En raison de son siège, l'*herpes præputialis* a été pris pour une affection syphilitique, et cette erreur a conduit à le combattre par des cautérisations inutiles, même dangereuses. A la période vésiculeuse, l'herpès sera reconnu par le nombre plus considérable des vésicules, par la moins grande rapidité avec laquelle elles se transforment en ulcérations dans les cas rares où il en est ainsi, et par le peu de profondeur de l'inflammation. On sait, en effet, que dans le chancre l'inflammation occupe presque toujours une épaisseur assez considérable de la peau.

L'herpès est-il à l'état squameux, les squames sont minces, aplaties, bien différentes des croûtes noirâtres et épaisses de la syphilis. Les érosions secondaires qui parfois accompagnent l'*herpes præputialis*, passagères et superficielles, seront toujours faciles à distinguer des chancres, dont les bords, le fond, la forme, etc., ont des caractères opposés (1).

Le zona diffère de l'érysipèle bulleux en ce que, dans celui-ci, les phlyctènes qui compliquent l'exanthème sont éparses, jetées çà et là sur des surfaces rouges, largement et irrégulièrement répandues, tandis que les vésicules du zona sont réunies en groupes qui, reposant sur une surface moins étendue, sont disposés en demi-zone et séparés entre eux par des espaces où la peau est restée saine. La douleur qui survit à l'éruption est aussi un caractère qu'on ne retrouve pas dans l'érysipèle.

Quand, dans l'*herpès circiné*, les vésicules sont flétries et remplacées par de petites squames, on pourrait prendre l'éruption pour un disque de lèpre vulgaire (*lepra vulgaris*); mais, dans cette dernière, le cercle est constitué par un anneau papuleux, tandis que dans l'herpès la circonférence n'offre pas de saillie; toute la surface de l'éruption est lisse et unie; ensuite les squames dures, argentées, cha-

1) Voy. article Chancre, t. 1<sup>er</sup>, p. 429 et 431.



rait être tenté de combattre l'inflammation par des cataplasmes, par des lotions émollientes; il faut, au contraire, rejeter ces moyens, qui ont pour effet de macérer les vésicules, d'en faciliter le déchirement et de préparer ainsi au malade toutes les souffrances qui résultent de cet accident.

» Parmi les topiques dont l'emploi peut être utile, il faut citer l'eau saturnine employée en lotions, puis le *cérat quand les vésicules se sont ulcérées*; mais il en est un bien simple, que j'emploie depuis bien des années et qui m'a toujours donné de très bons résultats. Pour empêcher ou au moins atténuer autant que possible le déchirement des vésicules, je fais oindre les points malades d'un peu d'huile douce, puis je fais saupoudrer avec de l'amidon sec. Il en résulte une sorte d'enduit inerte qui abrite la vésicule et lui permet de suivre toutes ses phases sans être exposée à une cause de rupture; au contraire, elle se flétrit très rapidement, se sèche sur place, et la maladie se termine par résolution. »

Cette méthode est adoptée généralement aujourd'hui. En ajoutant qu'on emploie avec avantage quelques lotions d'eau fraîche, ou additionnée de quelques gouttes d'acétate de plomb liquide dans l'herpes labialis, des injections mucilagineuses émollientes pratiquées entre le prépuce et le gland dans l'herpes prœputialis, quelques bains tièdes vers la fin de l'herpès phlycténoïde, nous aurons indiqué les principales applications topiques qui conviennent dans les formes aiguës de l'herpès.

*Collodion.* — Nous ajouterons seulement que M. Briquet (1) assure que le collodion, appliqué de bonne heure sur les plaques du zona, arrête immédiatement leur marche et fait cesser toute douleur. Nous avons employé plusieurs fois cette médication, mais le succès n'a pas été aussi complet : les vésicules ont acquis, il est vrai, moins d'élévation, mais souvent elles se sont étendues en largeur; les douleurs ont été calmées, mais non complètement dissipées. Cependant il n'est pas douteux que le collodion, surtout quand on y ajoute 1 gramme d'huile de ricin pour 30 grammes, ce qui l'empêche de s'écailler, ne soit un très bon moyen protecteur pour les vésicules.

L'herpès circiné est combattu avec avantage, selon Bateman, par les topiques astringents et légèrement stimulants. M. Rayer préconise la cautérisation légère avec le nitrate d'argent. Ce moyen est rejeté par M. Cazenave, qui emploie avec avantage les lotions légèrement acides, alcalines, alumineuses. Pour hâter la résolution des plaques, ce dernier auteur conseille les onctions avec la pommade suivante :

℞ Calomel. . . . . 2 gram. | Axonge. . . . . 30 gram.

Mélez.

La cautérisation des vésicules, pratiquée dans le but d'en abréger la durée et de diminuer les douleurs, est un moyen qui, dans beaucoup de cas, a l'inconvénient d'exaspérer et d'aggraver les symptômes. Elle est réservée, par beaucoup de médecins qui en redoutent l'usage, à quelques cas exceptionnels; mais M. Rayer, qui l'a tentée dans le zona, est arrivé à conclure que si, après avoir ouvert et épuisé les vésicules, on touche légèrement leur intérieur avec le nitrate d'argent, de manière

(1) Bull. gén. de thérap., 15 septembre 1850.

produire seulement une petite croûte très superficielle, comme cela se pratique souvent pour les aphthes, la durée du zona est diminuée ; que la cautérisation, qu'on peut négliger dans les zonas légers et discrets, doit être employée toutes les fois que des excavations et des eschares sont à redouter sur un ou plusieurs groupes, au tronc, au visage, etc., etc.

2° *Traitement de l'herpès à l'état chronique.* — C'est dans les formes chroniques de l'herpès que les topiques sont le plus fréquemment mis en usage. Ainsi, dans quelques cas où l'herpès phlycténoïde se prolonge et résiste aux moyens ordinaires, M. Cazenave prescrit les *résolutifs*, l'emploi de la *pommade au calomel*, et même le *vésicatoire* sur le groupe vésiculeux. Dans l'*herpes præputialis chronique*, on conseille les *lotions alcalines*, les *bains alcalins et sulfureux*.

M. Cazenave dit s'être bien trouvé de l'emploi d'*onctions*, faites avec l'*oxyde de zinc*, ou le *précipité blanc* à la dose de 1 à 2 grammes pour 20 à 30 grammes d'*axonge*. Il joint à ces moyens, comme traitement interne, soit les *pilules de Plummer*, soit les *eaux d'Enghien*.

Les pilules de Plummer sont composées ainsi qu'il suit :

x Protochlorure de mercure } Deutosulfure d'antimoine. }	à part. égal.		Suc de réglisse.....	Q. s.
---	---------------	--	----------------------	-------

Faites des pilules de 0,10 grammes.

Quand il existe des excoriations entre le gland et le prépuce, on introduit dans cette région une petite quantité de *charpie fine*, qu'on humecte de temps à autre d'*eau fraîche* ou *saturnée*. Un petit *anneau d'éponge préparée*, introduit entre le gland et le prépuce, sera quelquefois nécessaire pour empêcher le resserrement progressif du prépuce et prévenir l'opération du phimosis. Bielt et M. Cazenave ont employé ce moyen avec succès.

M. le docteur Wilson (1) a obtenu de très bons effets de l'emploi du *collodion étendu* sur les surfaces malades avec un pinceau.

3° *Traitement de l'herpès tonsurant.* — Nous citerons celui de M. Bazin (2) :

[Le traitement de la teigne tonsurante se composait, dans les idées de M. Cazenave, de lotions boratées, de pommade avec l'onguent citrin, le goudron, le tannin, le sulfure de chaux, etc. Il est certain qu'on peut obtenir la guérison de la teigne tonsurante sans épilation et par les moyens qu'indique M. Cazenave, mais la guérison est longue à obtenir et le traitement peut se prolonger pendant près d'une année.

Le traitement devra être exclusivement local en ce qui concerne la teigne tonsurante elle-même ; on ne devra pas négliger pourtant de combattre les compagnes habituelles de la teigne, la scrofule qui a favorisé le développement de la germination, la chlorose, la syphilis et la dartre.

Depuis l'année 1852, le traitement de M. Bazin consiste, pour la teigne tonsurante, comme pour les autres teignes : 1° dans l'avulsion plus ou moins répétée des

(1) *The Lancet et Réport. de Pharm.*, janvier 1849.

(2) *Cours de séméiotique cutanée. — Leçons théoriques et pratiques sur la scrofule et les teignes.* 1856.

poils sur les parties malades; 2° dans l'application des agents parasitiques, en onctions et en bains.

L'arrachement des cheveux et des poils se fait à l'aide de pinces épilatoires convenables.

Les agents parasitiques sont extrêmement nombreux. M. Bazin emploie de préférence le sublimé et le turbith minéral; le premier en lotions et en bains, le second en pommades.

La solution de sublimé pour lotion renferme 2 grammes de sublimé dissous dans l'alcool pour 500 grammes d'eau distillée. Il sera bon de chauffer l'eau avant la lotion à un degré aussi élevé que pourra l'endurer le malade. La pommade au turbith contient 1 gramme pour 50 grammes d'axonge. On y ajoute quelquefois un cinquième de glycérine.

C'est avec raison que M. Cazenave pense qu'il faut se défier des applications irritantes, telles que les pommades trop actives, les cautérisations, etc. Souvent elles convertissent les vésicules de l'herpès en pustules d'impétigo, et déterminent toujours une inflammation érythémateuse des parties voisines, le tout sans aucun bénéfice pour l'affection à guérir.]

Quant aux *moyens internes* qu'on emploie contre les diverses espèces d'herpès chroniques, ils n'ont pas une très grande valeur. Nous nous contenterons d'indiquer le suivant, recommandé par le docteur Jeoffroy (1) :

℥ Teinture d'iode... 2 à 30 gouttes. | Eau sucrée..... 1 demi-verre.

On commence par la dose de deux gouttes, qu'on augmente graduellement, et qu'on administre deux fois par jour.

### ARTICLE III.

#### GALE.

Souvent confondue avec d'autres éruptions, la gale a été connue des anciens; on voit dans les savantes recherches de Dezeimeris (2) qu'on la trouve clairement indiquée dans les ouvrages des Grecs et des Romains. Mentionnée aussi par les auteurs arabes, elle n'a toutefois été bien décrite que par les modernes, dont les observations ont jeté une lumière nouvelle et sur sa nature et sur ses causes. La fréquence de la gale, sa propriété contagieuse, font un devoir au médecin de connaître tout ce qui a rapport à cette maladie; mais, fidèle au plan de cet ouvrage, nous n'insisterons que sur les détails qui intéressent plus particulièrement le praticien, c'est-à-dire sur le diagnostic et le traitement.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La gale est une éruption contagieuse, caractérisée par des vésicules légèrement élevées au-dessus du niveau de la peau, constamment accompagnées de prurit, transparentes à leur sommet, contenant un liquide séreux et visqueux, ayant principalement leur siège sur les plis des articulations des membres, dans les intervalles des doigts, sur l'abdomen, sur la verge, et de plus par la présence de petits sillons sous-épidermiques dans lesquels est logé l'*acarus scabiei*, et qui, tantôt partent des vésicules, tantôt en sont isolés.

(1) Voy. L. F. Froriep, *Notiz. aus dm Gebiete der Natur und Heilkunde*, Weimar, 1831.  
(2) *Dict. de méd.*, art. GALE; Bibliog., t. XIII.

Consacrée par un long usage, la dénomination de *gale*, quelle que soit l'étymologie qu'on lui donne, mérite d'être conservée; elle correspond au *psora* des Grecs, à la *scabies* des Latins; c'est le premier genre des *dermatoses scabieuses* Alibert.

La fréquence de la gale est très grande, ce qui tient à la facilité avec laquelle elle se transmet.

## § II. — Causes.

### 1° Causes prédisposantes.

**Age.** — L'adolescence et l'âge adulte sont les époques de la vie où l'on rencontre le plus de galeux; c'est, en effet, à cet âge qu'on trouve le plus d'individus dans les conditions qui favorisent les développements de cette affection, qui attaque aussi les enfants et les vieillards.

Le sexe masculin en est plus souvent atteint que le sexe féminin; mais cela ne tient nullement, sans aucun doute, au sexe lui-même, et c'est aux habitudes des sujets qu'il faut rapporter cette préférence. Ce qui le prouve, c'est que, d'un autre côté, on a placé parmi les causes prédisposantes le *tempérament lymphatique*.

La gale se développe dans toutes les saisons, dans tous les climats.

La misère, la malpropreté, l'encombrement ou seulement la réunion d'un certain nombre d'individus, comme cela arrive dans les armées, les hôpitaux, les prisons, sont les circonstances les plus favorables à son développement.

Les professions de cordonniers, tailleurs, marchands ambulants, sont celles qui, dans les hôpitaux consacrés à cette affection, fournissent le plus de galeux; mais, comme le fait remarquer Bielt (1), c'est uniquement parce que le nombre des individus qui exercent ces métiers est incomparablement plus grand que celui des autres ouvriers.

### 2° Causes occasionnelles.

La gale ne se développe pas spontanément; les opinions de certains pathologistes, tels que Fabrice de Hilden, Rivière, et, dans ces derniers temps, M. Denigie (2), qui pense que, dans certaines circonstances, cette affection peut paraître spontanément comme crise de certaines maladies aiguës ou chroniques (ple critique), n'ont pas été confirmées par la presque généralité des observations modernes. La gale se contracte par le contact immédiat des individus ou des objets infectés. L'insecte appelé *acarus scabiei* est l'élément essentiel de la contagion.

De longs détails sur le *sarcopte* qui engendre la gale ne sauraient trouver place dans un ouvrage de la nature de celui-ci; nous n'en dirons que ce qu'il importe de connaître pour éclairer l'étiologie et quelques points de thérapeutique, renvoyant, pour de plus amples renseignements, aux ouvrages de MM. Rayer (3), Raspail (4),

(1) Dict. de méd., t. XIII, art. GALE.

(2) Bull. gén. de therap., 1847.

(3) Traité théor. et prat. des malad. de la peau. Paris, 1835, t. I, p. 455.

(4) Mém. compar. sur l'hist. nat. de l'insecte de la gale; in Bull. gén. de therap., t. VII - Nouv. syst. de chimie organique. Paris, 1838, in-8, t. II, p. 598, pl. XV.

Gras (1), Aubé (2), Cazenave et Schedel (3), et aux recherches de MM. Bourguignon et Delafond (4), Piogey, Bazin (5), Hardy.

Admis par Avenzoar dès le XII<sup>e</sup> siècle, puis longtemps oublié, l'*acarus* fut successivement décrit par Haffenzeler, Cestoni, Joubert, Mouffet, et classé par les naturalistes Linné, Latreille. Cependant, en 1812, on doutait encore de son existence, quand M. Galès, répétant ses expériences sur plus de trois cents galeux à l'hôpital Saint-Louis, parut en démontrer la présence d'une manière incontestable. Alibert (1813) et Bielt (1818), cherchant, comme l'indiquait M. Galès, l'insecte dans les vésicules, ne le trouvaient pas, et les investigations consciencieuses de ces deux observateurs avaient remis en doute les résultats de M. Galès, quand, en 1834, M. Renucci, élève en médecine, démontra à l'hôpital Saint-Louis la manière de découvrir l'*acarus*. Dans la Corse, son pays, il avait vu maintes fois les femmes extraire l'*acarus*, et il l'avait souvent extrait lui-même. Il fit voir que ce n'était pas dans la vésicule qu'il fallait le chercher, mais bien dans le fond d'un sillon qui en part, et que l'insecte trace sous l'épiderme. Bientôt on se rappela que Mouffet il y a plus de deux cents ans, avait dit que les cirons ne se trouvent pas *dans les pustules*, mais *à côté d'elles*; que J. Adams (6) avait clairement indiqué cette particularité dans un ouvrage où il donne deux bonnes figures de l'*acarus*. Depuis cette époque, l'existence du sarcopte de la gale n'a plus été un instant douteuse et les travaux que nous avons mentionnés plus haut ont eu pour objet une histoire plus complète de l'insecte, sa conformation, ses mœurs, et le rôle qu'il doit jouer dans l'étiologie de la maladie qui nous occupe.

L'*acarus* est un insecte arachnoïde d'un demi-millimètre environ de diamètre; il est d'un blanc opalin, transparent, de forme arrondie et presque circulaire; son corps, dont la surface est couverte de stries linéaires, est garni de huit pattes, quatre antérieures et quatre postérieures. On dirait une petite tortue pourvue sur sa surface d'appendices filiformes. Pour le trouver, il faut savoir qu'à l'extrémité libre des sillons qui aboutissent par l'autre extrémité à une vésicule, ou qu'à l'une ou l'autre des extrémités des sillons isolés, l'épiderme est un peu soulevé, et qu'il y a dans cet endroit un petit point brunâtre. C'est dans ce point qu'il faut chercher l'insecte : on introduit obliquement la pointe d'une épingle sous l'épiderme, on renverse la lame épidermique soulevée, et au-dessous on aperçoit un petit corps blanc qui s'attache très facilement à la pointe de l'instrument; on l'extrait et on le place sur une lame de verre : ce petit corps blanc et arrondi, c'est l'*acarus*. L'insecte reste d'abord immobile : après quelques minutes, il agite ses pattes, et bientôt marche rapidement.

D'après les observateurs les plus récents, ce n'est que dans les sillons et jamais dans les vésicules qu'on rencontre l'*acarus*, qui occupe toujours une des extrémités du canal sous-épidermique qu'il s'est creusé. Les expériences de M. Aubert l'ont conduit à conclure que l'*acarus* est un insecte *nocturne*, qui, ne trouvant pas

(1) *Rech. sur l'acarus ou sarcopte de la gale de l'homme*. Paris, 1834.

(2) *Considér. gén. sur la gale et sur l'insecte qui la produit*. Thèse, 1836.

(3) *Abrégé prat. des malad. de la peau*, 1838.

(4) *Bulletin de l'Acad. de médecine*. Paris, 1857, t. XXIII, p. 110, 145.

(5) *Rapport au directeur général de l'assistance publique*, juin 1850.

(6) *On morbid poisons*, in-4. London, 1807.

se retraite assez sûre dans les plis de la peau ni dans les poils qui la recouvrent, se creuse un abri sous l'épiderme, et c'est dans cette espèce de terrier qu'il se tient caché tout le jour; la nuit, pour pourvoir à sa subsistance, il abandonne sa retraite, parcourt tout le corps, l'attaque sur plusieurs points, et chacune de ses morsures produit une petite vésicule. Au point du jour, l'insecte rentre dans son gîte.

Après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, nous poserons cette question : *L'acarus est-il la cause essentielle de la gale ?* De ses recherches, M. Aubé a tiré les conclusions suivantes : 1° la gale est une affection symptomatique, produite par la présence d'un insecte arachnoïde appelé *sarcoptes hominis*; 2° elle est contagieuse que par la transmission de cet insecte; 3° la contagion est fréquente la nuit, rare le jour; 4° la médication ne doit avoir qu'un seul but, la mort de l'insecte et de ses œufs.

Ces conclusions, auxquelles conduisent également les travaux de MM. Gras, Lenucci (1), Bourguignon et Delafond (2) et Pioget, n'ont pas paru à Bielt, M. Rayer, Cazenave et Schedel devoir être adoptées dans toute leur rigueur. Les deux derniers leur ont opposé quelques objections que les auteurs du *Compendium de médecine pratique* (3) ont cherché à réfuter.

En somme, aujourd'hui l'immense majorité des médecins se range à l'opinion des auteurs qui ont étudié avec soin l'acarus. M. Devergie (4) s'appuyant sur quelques faits dans lesquels, une maladie étant survenue, la gale a disparu pour reparaître dans la convalescence, croit encore, il est vrai, à la génération spontanée. Mais ces faits ne sont pas décisifs, car on peut parfaitement concevoir que les acarides se soient engourdis pendant la maladie, et même que les œufs aient été arrêtés dans leur développement. Ne voyons-nous pas des animaux de ce genre passer une et même plusieurs années dans cet état ?

Enfin, dans des considérations intéressantes sur cette maladie, M. Chausit (5), interprète de M. Cazenave, dont l'opinion est aujourd'hui bien arrêtée, a combattu la manière de voir de M. Devergie sur le *développement spontané* de la gale et a montré que c'est uniquement à la transmission de l'acarus qu'il faut l'attribuer.

La gale des animaux ne peut pas se communiquer à l'homme.

### § III. — Symptômes.

C'est dans les points du corps mis en contact avec un sujet affecté, et en particulier les poignets, les intervalles des doigts, qu'apparaissent les premiers symptômes. Chez les individus dont la peau des mains est endurcie, comme les forgerons, ceux qui travaillent aux acides concentrés, etc., c'est de préférence sur les bras, sur les aisselles, sur le ventre, sur la verge, qu'on les rencontre; c'est à la paume des mains chez les tailleurs, qui se servent de coussins de carreau communs, tous les ouvriers d'un atelier; aux fesses chez les enfants à la mamelle, ces par-

(1) Thèse. Paris, 1836.

(2) *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 1857, t. XXIII.

(3) Tome V, art. INSECTES.

(4) *Bull. gen. de thérap.*, février 1847.

(5) *Traité élémentaire des maladies de la peau*. Paris, 1853, p. 386.



ties étant en contact avec les mains et les avant-bras des nourrices. Ajoutons toutefois que, d'après les recherches de M. Piogey, on en trouve fréquemment sur toutes les autres parties du corps.

Les symptômes consistent d'abord en un *prurit* léger, qui augmente d'une manière notable vers le soir, et qui devient surtout intense pendant la nuit. La chaleur du lit, les boissons alcooliques, tout ce qui accélère la circulation, le rendent plus violent.

Bientôt apparaissent des *vésicules* plus ou moins nombreuses ; elles sont petites, discrètes, acuminées, transparentes à leur sommet. Si on les ouvre, il s'en écoule une sérosité transparente et visqueuse. Leur nombre est variable. En hiver, chez les individus faibles, âgés, il n'en existe guère que sur les points qui ont été soumis au contact ; ainsi, on en voit quelques-unes disséminées entre les doigts, au poignet. L'été, au contraire, chez des individus sanguins ou lymphatiques, chez les femmes, les enfants, elles paraissent très nombreuses. L'éruption peut s'étendre à presque tout le corps ; toutefois, *elle respecte toujours la face et le cuir chevelu*.

Le *prurit*, dont l'intensité s'accroît avec l'abondance des vésicules, devient bientôt insupportable ; les malades se grattent, déchirent les vésicules, dont le liquide s'épanche et se concrète en petites croûtes minces, peu adhérentes. Quelquefois les galeux se grattent avec tant de violence, qu'ils font saigner le derme dénudé au fond des vésicules ; il se forme alors de petites croûtes sanguines semblables à celles du *prurigo*.

Les vésicules, qui ordinairement sont le premier symptôme local après le prurit, peuvent être précédées par des *sillons* ; ceux-ci se présentent sous la forme de lignes ponctuées, noirâtres, longues de quelques millimètres ; ce sillon a deux extrémités, une ouverte, déchiquetée, par où l'acarus a pénétré, et une autre fermée où l'on voit un point blanc, c'est l'acarus ; parfois ils sont isolés, et il n'est pas rare de rencontrer des vésicules sur leur trajet et dans le voisinage. Les *vésicules isolées*, développées sur des points où il n'existe pas de sillons, se montrent surtout sur le tronc, les avant-bras, les cuisses : elles sont fort rares aux pieds et aux mains. Il est inutile d'ajouter que, pour retrouver ces caractères, il faut examiner le malade avant qu'il ait subi aucun traitement et que les frottements aient détruit les vésicules ou les sillons.

Dans quelques cas, chez des individus robustes, sanguins, pléthoriques, qui vivent dans la malpropreté, se grattent avec violence, ou font abus des excitants, l'*inflammation du derme* devient beaucoup plus intense. On voit apparaître, au milieu des vésicules sporiques, des pustules tantôt petites, discrètes, comme celles de l'*impétigo*, tantôt à base enflammée, larges comme celles de l'*ecthyma* ; quelquefois ce sont des papules plus ou moins nombreuses, semblables à celles du *lichen*. Ce sont ces complications qui ont porté à admettre une *gale pustuleuse*, une *gale papuleuse*, une *grosse gale*, etc., etc. ; ces divisions doivent être rejetées. Bielt, MM. Rayer, Cazenave et Schedel ne reconnaissent qu'une seule espèce de gale ; quelquefois on trouve des furoncles et même des abcès compliquant l'éruption principale.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

**Marche.** — Comme toutes les maladies contagieuses, la gale a une *période d'incubation* : la durée de cette période varie. Selon MM. Cazenave et Schedel, *chez les enfants faibles et mous*, elle est de quatre à cinq jours ; elle est plus longue de dix jours seulement s'ils sont très forts et très sanguins. *Chez les adultes*, cette période est de huit à douze jours au printemps et dans l'été, et de quinze à vingt jours l'hiver. Enfin elle est plus longue *chez les vieillards*, et plus encore chez les malades lividus placés sous l'influence d'une phlegmasie de quelque organe interne.

Dans les climats méridionaux, remarque Biett (*loc. cit.*), dans l'été et le printemps, la gale se développe et marche avec plus de rapidité que dans le Nord, en hiver et en automne.

Les cas de *rétrocession*, de *métastase*, de *répercussion* de la gale, dont les auteurs nous ont laissé de sombres tableaux, ne sont rien moins que concluants ; les auteurs modernes, plus instruits dans le diagnostic et moins prévenus par des idées théoriques, n'en ont pas signalé un seul ; c'est ce que nous apprend la lecture des ouvrages d'Alibert, Biett, MM. Cazenave, Rayer, Gibert.

La *durée* de la gale est indéfinie. Cette affection, abandonnée à elle-même, peut persister des années et même toute la vie. Elle ne guérit jamais spontanément. Traitée par les méthodes ordinaires, sa *durée* varie de six à vingt jours. Nous verrons plus loin que par les frictions générales telles que les font faire M. Bazin et Hardy on abrège considérablement cette durée.

La gale, qui ne guérit jamais spontanément, ne se *termine* non plus jamais par la mort. Sa transformation en une autre maladie est loin d'être démontrée, et on ne l'admet guère aujourd'hui.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Les détails dans lesquels nous sommes entré à l'occasion de la contagion nous dispensent de rien ajouter ici.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la gale, comme celui de toute affection contagieuse, a une grande importance ; la moindre erreur a ses dangers, et pour la réputation du médecin et pour la sécurité des malades. La présence de l'*acarus*, quand on parvient à constater, ne laisse aucun doute sur l'existence de la maladie ; c'est le signe pathognomonique. Lorsqu'on ne le trouve pas, soit que l'exploration ait été insuffisante, soit que la gale ait déjà une longue durée et que l'animal ait disparu, etc., il faut chercher d'autres signes.

Les *sillons*, qui ne peuvent avoir été creusés que par l'*acarus*, qu'ils soient isolés ou qu'ils aboutissent aux vésicules, sont un indice certain de la nature de l'affection. La difficulté, dans un grand nombre de cas, de trouver les vésicules intactes, et les caractères que nous leur avons assignés, met le médecin dans l'embarras quand il n'a pour asseoir son diagnostic ni les sillons, ni l'*acarus*, et qu'il n'a sous les yeux que des surfaces déchirées par un grattage irrésistible : le doute, dans ces cas, est inévitable.

Les affections cutanées avec lesquelles on pourrait confondre la gale sont le *furigo*, le *lichen simplex* et l'*eczéma*.

On évitera l'erreur, en se rappelant que, dans le *prurigo*, la lésion élémentaire est une *papule*; que cette affection a pour siège habituel, le dos, les épaules et les membres *dans le sens de l'extension*; que les papules, presque toujours déchirées, présentent à leur sommet un petit caillot sanguin desséché noir ou noirâtre, tandis que les *vésicules* de la gale, siégeant ordinairement dans le sens de la flexion, sont, après avoir été déchirées, surmontées d'une petite squame mince, jaunâtre.

Le *lichen*, constitué par des *papules* ordinairement très rapprochées, conservant la teinte de la peau, occupe, quand il siége aux mains, la face dorsale et non l'intervalle des doigts. Aux membres, il recouvre ordinairement les faces externes, et le prurit est médiocre. Ces caractères diffèrent assez de ceux de la gale pour que la confusion soit facile à éviter.

Nous avons donné, à l'article *Eczéma*, le diagnostic différentiel de la gale et de cette affection. Nous ne le reproduirons pas ici; nous n'ajouterons qu'une remarque faite par MM. Cazenave et Schedel, elle nous paraît d'une assez grande importance pratique. « On voit quelquefois, disent ces auteurs, des individus qui, depuis le moment où ils ont contracté la gale, éprouvent tous les ans une éruption vésiculaire. Il est inutile d'ajouter que ce n'est pas la gale : c'est un eczéma, et, le plus souvent, un *eczema simplex*. »

*Pronostic.* — La gale, par elle-même, est une maladie légère. Les complications d'ecthyma, d'impétigo, etc., tout en aggravant la maladie, ne la rendent jamais dangereuse.

## § VII. — Traitement.

D'après ce que nous savons aujourd'hui de la nature et de la cause de la gale, le traitement sera facilement établi et sera tout local.

Longtemps déjà avant qu'on attribuât la maladie à la présence de l'acarus, on la traitait par des moyens purement locaux. Aussi trouvons-nous dans la science une foule innombrable de médicaments et de formules préconisés pour la cure de l'affection psorique. Parmi les modernes, Bielt a soumis à des expériences comparatives quarante et un de ces moyens, et, dans son article, il nous a donné le résultat auquel il est arrivé pour les principaux d'entre eux. Mais, il faut le dire, pour les médicaments expérimentés par Bielt comme pour ceux vantés par la plupart des auteurs, les résultats qu'ils proclament ne sauraient satisfaire pleinement, et il est impossible de se prononcer d'une manière bien précise sur la valeur de quelques-uns d'entre eux. Cela se conçoit facilement, puisqu'on ignore si, dans les expériences, on a tenu compte de l'ancienneté, de l'étendue, de l'intensité du mal; de l'âge, de la constitution des malades; de la saison, du climat, etc., etc., circonstances qui ont par elles-mêmes une influence bien évidente sur la durée de l'affection. Aujourd'hui, d'ailleurs, ces études, ont bien perdu de leur importance, puisqu'on a trouvé le moyen de guérir la gale en quelques heures.

*Soufre.* — C'est le remède le plus employé; on le trouve dans presque toutes les formules qui ont eu quelque réputation; on l'a administré sous toutes les formes, seul ou associé à d'autres médicaments. Voici les principales :

*Pommade soufrée.*

re sublimé. . . . . 1 à 6 gram. | Axonge. . . . . 30 gram.

s, deux fois par jour.

*e d'Helmerich.* — Cette pommade, qui a joui d'une grande vogue, longtemps parmi les remèdes secrets. En 1824, M. le docteur Burdin (1) titre la composition, qui est la suivante :

re sublimé. . . . . 2 parties. | Axonge. . . . . 8 parties.  
asse purifiée. . . . . 1 partie.

lin ajoute qu'elle guérit en deux jours lorsqu'on l'applique comme il

savonneux pour préparer le malade au traitement ; 2° trois frictions par devant le feu, avec 32 grammes de la pommade ; bain savonneux pour peau.

es les méthodes, disent MM. Cazenave et Schedel, celle qui réussit le nment, le plus promptement et qui détermine le moins souvent des cidentelles, c'est celle d'*Helmerich* modifiée et employée presque ex- depuis plusieurs années par Biett. Voici cette formule :

*Pommade d'Helmerich modifiée par Biett.*

sublimé. . . . . 2 parties. | Axonge. . . . . 8 parties.  
arbonate de potasse. 1 partie.

les faire au malade, matin et soir, sur tous les points qui sont occupés par des frictions de 15 grammes chacune. On fait prendre au malade un bain simple, ou seulement tous les deux jours. La durée moyenne du traitement est de

*e de Laubert.* — La méthode de Laubert consiste à faire deux fois s frictions avec 4 grammes de la pommade suivante :

. . . . . 16 parties. | Axonge. . . . . Q. s.  
yde de plomb. . . . . 1 partie.

que cette pommade a l'avantage de calmer le prurit, mais qu'elle irrite e doit être employée que chez les individus jeunes, vigoureux, affectés de et récente. M. Mèlier a donné la formule (2) d'une pommade par laquelle la durée moyenne du traitement a été de treize jours.

*Pommade de M. Mèlier.*

carbonate de soude. 64 gram. | Huile d'olives. . . . . 128 gram.  
. . . . . 32 gram. | Fleur de soufre. . . . . 128 gram.

le du docteur Helmerich. Paris, 1822.  
les sc. méd., 1825.

Depuis une dizaine d'années, on se sert dans les hôpitaux militaires de la Belgique d'une pommade qui, au rapport de M. Florent-Cunier (1), n'irrite que modérément la peau et n'exige qu'un traitement dont la durée moyenne est de sept jours. En voici la formule :

• *Pommade belge.*

℥ Fleur de soufre.....	{ à à 3 kilog.	Eau de pluie.....	50 kilog.
Chaux vive.....			

Mettez le tout dans une chaudière de fonte, et épuisez par l'ébullition jusqu'à la densité de 10 degrés.

La *poudre de Pyhorel*, qui paraît avoir eu, dans les mains de son auteur, des résultats très favorables, est également recommandée par Biett, qui l'a employée avantageusement. Le remède est du *sulfure de chaux* simplement broyé, auquel on ajoute une petite quantité d'huile d'olives au moment de l'employer. Les malades se servent de 2 grammes de sulfure pour chaque friction, qu'ils font deux fois par jour sur la face palmaire des deux mains.

*Lotions de Dupuytren.* — Cette méthode consiste à laver deux fois par jour les parties malades avec la solution suivante :

℥ Sulfure de potasse...	120 gram.	Eau.....	750 gram.
-------------------------	-----------	----------	-----------

Dissolvez. Ajoutez :

Acide sulfurique.....	15 gram.
-----------------------	----------

Ces lotions ont été aussi vantées par Percy, qui en a obtenu des avantages marqués. Biett les a trouvées un peu irritantes, il ne les conseille que pour les sujets robustes; il leur préfère les *lotions d'Alibert*, qui ne diffèrent des précédentes que par des proportions plus faibles des substances qui en sont la base. M. Rayer préconise les lotions suivantes :

*Lotions de M. Rayer.*

℥ Sulfure de potasse.....	30 gram.	Acide chlorhydrique.....	30 gram.
Eau de rivière.....	500 gram.	Eau distillée.....	500 gram.

Versez 30 grammes de cette liqueur dans 125 grammes d'eau chaude.

Les *bains sulfureux*, expérimentés par M. Jadelot (2) et par Biett, qui en a fait un fréquent usage à l'hôpital Saint-Louis, procurent une guérison assez prompte et n'entraînent jamais d'accidents. La durée moyenne du traitement est de vingt à vingt-cinq jours. Quant aux *fumigations sulfureuses*, elles ne jouissent plus de la vogue qu'elles ont eue dans ces derniers temps. La longueur plus grande de ce traitement qui ne peut être supporté par beaucoup d'individus, l'a fait abandonner presque entièrement. On pratiquait ces fumigations avec l'appareil de Darcet. La quantité de soufre à brûler ne dépassait pas 8 à 12 grammes, et la température ne

(1) *Bull. gén. de thérap.*, t. XVI, p. 141.

(2) *Bull. de la Faculté de méd. de Paris*, 1813.

vait pas s'élever au-dessus de 50 à 52 degrés (Réaumur). La durée de chaque migration était de 30 à 35 minutes (Biett).

**Mercure.** — Les préparations mercurielles ont été longtemps employées dans le traitement de la gale. On a reconnu qu'elles déterminent souvent des éruptions cidentelles; qu'elles peuvent occasionner la salivation, des glossites intenses, et l'enfin, lorsqu'on a eu recours à elles, la durée du traitement a été notablement plus longue. MM. Cazenave et Schedel proposent de les remplacer par des moyens plus doux : ils proscrivent surtout la *pommade citrine* et la *quintessence antipsorique*, qui paraît avoir pour base le sublimé. Indiquons la *pommade de Werlof*, qui a été expérimentée par Biett. Elle est composée comme il suit :

℥ Protochlorure de mercure. 1 partie. | Onguent rosat. . . . . 8 parties.

**Iode.** — M. Cazenave fait usage de *lotions iodurées* qui lui ont donné douze jours pour moyenne du traitement chez les hommes, et neuf chez les femmes. Voici la composition :

℥ Iode. . . . .	2 gram.	Eau. . . . .	1000 gram.
Iodure de potassium. . .	10 gram.		

Faire trois lotions par jour.

**Plomb.** — A en croire le docteur Leson (1), la gale aurait cédé en un espace de temps dont la moyenne n'aurait été que de six jours, chez les sujets traités par la méthode suivante : Faire *deux frictions par jour* avec 16 grammes pour chacune d'elles du mélange suivant :

℥ Litharge. . . . . 32 gram. | Huile d'olives. . . . . 128 gram.

Mettez sur un feu doux, et remuez jusqu'à ce que la litharge soit bien dissoute.

**Chlore.** — MM. Derheins et Fantonetti (2) ont préconisé l'emploi du *chlorure de chaux*; ils assurent que la guérison a eu lieu du sixième au dixième jour, en faisant *trois ou quatre lotions par jour avec la solution suivante* :

℥ Chlorure de chaux. . 48 à 96 gram. | Eau. . . . . 500 gram.

**Ellébore.** — La poudre de racine d'ellébore a joui longtemps d'une grande réputation; elle fait partie de plusieurs pommades antipsoriques, telles que celles de *tringle*, où elle se trouvait associée au soufre et au sel ammoniac. Biett a expérimenté isolément l'ellébore, et les quarante malades qu'il a soumis à ce traitement n'ont éprouvé aucun accident notable; la durée de la médication a été de treize jours et demi. Il se servait de la formule suivante :

℥ Poudre de racine d'ellébore blanc. 4 gram. | Axonge. . . . . 32 gram.

Mélez.

(1) *Bull. gén. de thérap.*, t. IX, p. 31.

(2) *Bull. gén. de thérap.*, t. III.



**Plantes aromatiques**—M. Cazenave (1), à l'aide des *lotions de thym*, a obtenu des résultats avantageux : la moyenne du traitement ne fut que de douze jours. Les lotions étaient composées comme il suit :

℥ Thym . . . . .	60 gram.	Vinaigre . . . . .	250 gram.
Eau bouillante . . . . .	1000 gram.		

Mêlez. Faire trois lotions par jour.

M. Cazenave a préconisé aussi les lotions suivantes :

℥ Feuilles et tiges de menthe.	} à à 4 gram.	Essence de citron . . . . .	4 gram.
de romarin . . . . .		Alcool rectifié . . . . .	1000 gram.
de lavande . . . . .		Eau . . . . .	3000 gram.

Incisez les plantes, faites-les macérer dans l'alcool pendant dix jours, et filtrez.

M. Bourguignon (2) préfère la pommade suivante qui, d'après ses expériences, a tué les acarus et guéri la gale en quatre jours.

℥ Poudre de staphisaigre.	300 gram.	Graisse bouillante . . . . .	500 gram.
---------------------------	-----------	------------------------------	-----------

Versez la poudre dans la graisse, et mêlez ; puis passez à travers un tamis grossier. Faire six frictions par jour.

Signalons encore les *pommades acides* d'Alyon (*acide nitrique*) et de Crollius le *tabac* employé par Boerhave et expérimenté par M. Mèlier ; le *goudron*, dont Alibert (3) dit avoir retiré de bons effets ; le *camphre*, l'*ammoniaque*, essayés par M. Mèlier ; les *liniments* de Valentin et de M. Jadelot ; les lotions d'*acide sulfurique* étendu (30 à 40 parties d'eau, 1 partie d'acide), employées par le docteur Lain sur six cents galeux (4) avec une moyenne de huit jours de traitement ; l'*huile d'olives* en frictions, recommandée par Delpech et employée avec peu de succès par Bielt ; l'*essence de térébenthine*, proposée par M. Aubé comme possédant la propriété *acarotoxique* ; la *staphisaigre*, vantée par M. Ranque (5), et employée en lotions ; le *savon*, également employé en lotions par Thomann et Helmerich (6), etc., etc. Enfin, M. Pentzlin (7) a indiqué une formule que voici :

℥ Poix liquide . . . . .	2 parties.	Beurre salé . . . . .	2 parties.
--------------------------	------------	-----------------------	------------

Faites fondre ensemble ; ajoutez :

Sous-carbonate de potasse . . . . .	1 partie.
-------------------------------------	-----------

Quelle que soit la méthode qu'on adopte, il faut suspendre tout traitement, si quelque éruption accidentelle vient compliquer la gale, et administrer aux malades

(1) Bull. gén. de therap., t. XX, 1844, p. 112.

(2) Revue méd., janvier 1847.

(3) Bull. de therap., t. IX.

(4) Bull. de l'Acad. roy. des sciences, 20 septembre 1634.

(5) Mém. et obs. clin. sur un nouv. procédé. Paris, 1811.

(6) Journal gén. de méd., 1813.

(7) Journ. der Chir. and Augenheilk, Graefe und Walther, 1838.

Boissons délayantes ou un peu acidules. Si la gale s'accompagne d'une inflammation marquée du derme, Bielt recommande l'emploi des antiphlogistiques ; quand l'irritation est apaisée, il a recours aux bains sulfureux, qui lui ont paru le moyen le plus avantageux. Pour assurer la guérison et prévenir la récurrence, MM. Cazenave et Schedel conseillent de *désinfecter les vêtements*, surtout ceux de laine, par un *usage* de gaz acide sulfureux, et de continuer pendant quelques jours l'usage de bains simples.

Récemment, M. Bazin (1) a établi en principe que les *frictions doivent être pratiquées sur tout le corps*, et que c'est là le point capital du traitement. Tous les moyens proposés pour la guérison de cette maladie arrivent à ce but en un peu plus ou un peu moins de temps, mais toujours avec une grande rapidité, si l'on a soin de frictionner tout le corps. Les préparations auxquelles M. Bazin donne la préférence sont la pommade d'Helmerich, qui guérit la gale en deux frictions lorsque la maladie est simple, l'huile de goudron ou la pommade de Bajard dans les cas compliqués d'eczéma, d'ecthyma et d'impétigo. Ce médecin est arrivé même à cette conclusion importante qu'en faisant des frictions générales, on peut se servir d'un *corps gras quelconque*, sans que le traitement soit très notablement prolongé, et qu'on guérit, de cette manière, la gale toujours beaucoup plus rapidement que par les procédés ordinaires ; car les malades qui auparavant avaient besoin de douze à quinze jours pour compléter leur traitement, ont été guéris de cette manière dans l'espace de deux à trois jours.

M. Hardy emploie une médication encore plus prompte ; il guérit en moins de deux heures :

Dès que le malade arrive, on lui frotte tout le corps pendant une demi-heure avec du savon noir, et ce nettoyage a déjà pour effet de rompre quelques-uns des sillons où se loge l'acarus ; puis un bain simple d'une heure est administré, qui ramollit l'épiderme, et dans lequel le galeux continue à se frotter ; après le bain, une friction générale d'une demi-heure est faite. Le traitement dure en tout deux heures.

La pommade dont se sert aussi M. Hardy ressemble, mais n'est pas identique avec la pommade d'Helmerich. Celle du médecin de Saint-Louis est moins irritante et se compose de :

Axonge . . . . .	300 gram.	Sous-carbonate de potasse..	25 gram.
Soufre . . . . .	50 gram.		

Dans la pratique de la ville il sera souvent difficile de faire ce traitement : on peut alors faire frictionner le malade avec des essences étendues d'eau ou de glycérine (glycérine, 200 grammes, essence de menthe ou de lavande 3 à 4 grammes).

Des bains simples dissipent ordinairement, au bout de quelques jours, les éruptions secondaires qui accompagnent la gale.

« Quatre cents malades, dit ce médecin, ont été soumis à ce traitement ; la guérison a été obtenue rapidement chez tous, excepté chez quatre, dont deux étaient des enfants qui s'étaient frottés incomplètement ; la gale a reparu, ainsi que chez deux autres. Peut-être chez ces derniers avait-elle été contractée de nouveau. »

(1) Nouveau mode de trait. de la gale (Union méd., 9 juillet 1850).

[Il ne faut cependant employer les agents parasitocides que quand l'acuité de éruptions inflammatoires concomitantes a presque complètement disparu sous l'influence des antiphlogistiques généraux et locaux.]

Ce traitement un peu modifié a donné, à l'hôpital militaire du Gros-Cailion des résultats tellement avantageux que, conformément au Rapport fait par le conseil de santé des armées (1), on a établi dans tous les corps de troupes le traitement unique suivant :

Le malade prend un bain de trois quarts d'heure, et se frictionne fortement tout le corps avec du savon noir ; immédiatement au sortir du bain savonneux, friction générale pendant vingt minutes avec la pommade d'Helmerich (de 70 à 100 grammes). Après six heures de repos, nouvelle friction générale, puis le malade prend un bain tiède qui complète le traitement.

M. le docteur Millot (2) a employé les frictions générales avec le plus grand succès, mais en se servant d'une pommade qui est plus facile à préparer que la pommade d'Helmerich, et qui permet une guérison plus prompte. M. Millot tient ce procédé de M. le docteur Legrand (de Nello). Voici en quoi il consiste :

Le soir en se couchant, se lotionner le corps avec de l'eau de savon, de manière à bien nettoyer les parties sales et préparer la peau aux frictions qui vont être faites.

Vers les quatre heures du matin se frictionner le corps, et surtout aux endroits où les boutons sont plus apparents, où les démangeaisons sont plus vives, avec une portion de la pommade suivante :

2/3 Axonge. ....	125 gram.	Chlorure de sodium commun. 4 gram.
Fleur de soufre. ....	16 gram.	

F. s. a. une pommade ; divisez en quatre parties.

Avec une deuxième partie, le malade se frictionnera, comme la première fois, six heures après la première friction, c'est-à-dire à dix heures.

A quatre heures de l'après-midi, troisième friction avec le troisième paquet.

Enfin, six heures encore après la troisième friction, vers dix heures du soir, par conséquent, quatrième et dernière friction.

Le malade se couche alors dans la chemise qu'il avait pendant la journée, et le lendemain matin, en se levant, il se lotionne de nouveau tout le corps avec de l'eau de savon comme la veille.

C'est là tout le traitement, et le malade est guéri. Seulement, par précaution pendant le cours de la seconde journée, on fait prendre un bain simple ; puis on recommande au malade de mettre au four chaud les vêtements qu'il portait avant le traitement. Mieux vaut cette précaution que de les laver, on est plus sûr de détruire l'acarus.

(1) Michel Lévy, Rapport sur le traitement de la gale, adressé au ministre de la guerre, Paris, 1852, in-8.

(2) Union méd. : Sur le trait. de la gale, 10 septembre 1850.

## CHAPITRE III.

## AFFECTIONS BULLEUSES.

Les affections bulleuses ne diffèrent guère des affections vésiculeuses dont nous avons donné l'histoire dans le chapitre précédent, que par l'étendue du soulèvement de l'épiderme et par la grande quantité de sérosité qui s'amasse au-dessous. Aussi ces deux ordres d'affections cutanées doivent-ils être rapprochés dans les descrip-

Les affections bulleuses sont caractérisées par de larges soulèvements de l'épiderme, et par l'accumulation, entre cette membrane et le derme, d'une sérosité transparente, ou bien d'un liquide séro-sanguinolent ou séro-purulent.

Nous n'aurons à décrire, sous ce titre, que le *pemphigus* et le *rupia*, la syphilis bulleuse, qu'on a rapprochée de ces espèces, ayant trouvé place dans un chapitre spécial consacré aux éruptions syphilitiques de la peau.

ARTICLE I<sup>er</sup>.

## PEMPHIGUS.

L'histoire du pemphigus a reçu, dans ces dernières années, quelques développements nouveaux et intéressants. Willan et Batteman, et après eux J. Plumbe (1), ont décrit, sous le nom de *pompholix diutinus*, le pemphigus chronique, et son existence à l'état aigu, bien que Gilibert (2) en eût présenté un bon nombre de cas bien observés; mais Biett admit avec Gilibert l'existence du pemphigus aigu, et les travaux de M. Cazenave, tout en confirmant les idées de Biett, ajoutèrent de nouveaux renseignements à l'histoire de cette affection. Nous décrirons donc, avec les auteurs modernes, Biett, MM. Rayer, Cazenave, etc., le pemphigus aigu et le pemphigus chronique; nous mentionnerons à part le *pemphigus des nouveau-nés*, qui mérite une description spéciale.

## § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le pemphigus (de *πέμφιξ*, bulle) est une maladie caractérisée par le développement d'un plus ou moins grand nombre de bulles sur des surfaces rouges et enflammées; ces bulles, dont l'apparition s'accompagne d'un certain sentiment de prurit, quelquefois même de douleur, consistent en des soulèvements de l'épiderme, distendus par une sérosité d'abord limpide, puis jaunâtre, qui se déchirent facilement et donnent lieu à des excoriations ou à des croûtes minces, foliacées, à la chute desquelles il reste une empreinte fauve qui persiste encore quelque temps.

1) *A pract. treatise on diseases of the skin*. London, 1824.

2) *Monogr. du pemphigus*. Paris, 1813.

Les auteurs ont décrit le pemphigus sous différents noms, selon le caractère qui les a le plus frappés : c'est ainsi que nous le trouvons désigné par les noms de *morbus phlyctenoides*, *hydroa-exanthema bullosum*, *pemphigus major*, *morbus epidemicus* de Prague, *pemphigus helveticus*, *febris bullosa*, *pompholix*, etc., etc. Alibert l'avait décrit sous le nom de *pemphix* dans les *dermatoses eczémateuses*.

Il est difficile d'établir le degré de *fréquence* du pemphigus : aujourd'hui qu'on le connaît mieux sous ses différentes formes, on peut dire que cette maladie est loin d'être rare.

## § II. — Causes.

### 1° Causes prédisposantes.

L'âge ne paraît avoir aucune influence bien remarquable sur le développement du pemphigus ; seulement, à certaines époques de la vie, on rencontre plus fréquemment cette maladie à l'état aigu qu'à l'état chronique. Le pemphigus aigu attaque plus volontiers la jeunesse et l'âge adulte : c'est le pemphigus chronique qui domine chez les vieillards. Le *sex* masculin semble prédisposer plus particulièrement au pemphigus. On attribue généralement la même influence à la *misère*, aux veilles prolongées, à l'*habitation dans des lieux bas et humides*.

### 2° Causes occasionnelles.

L'action de l'*humidité* doit être placée au premier rang. M. Cazenave (1) a pu constater dans la plupart des cas de pemphigus, surtout de pemphigus aigu, que les malades avaient été influencés soit par un séjour prolongé dans des lieux humides, soit par le contact habituel de l'eau. Un grand nombre d'individus reçus dans ses salles pour un pemphigus aigu étaient des garçons marchands de vin ; dans beaucoup de cas de pemphigus situé aux membres inférieurs, il a constaté que l'éruption avait succédé à une immersion prolongée des jambes dans l'eau froide. L'*insolation*, la *dentition*, les écarts de régime, ont paru plusieurs fois avoir une influence marquée sur le développement du pemphigus. On l'a vu quelquefois succéder à une autre maladie, à un *eczéma chronique* par exemple. Les *troubles généraux du système nerveux* ont, suivant M. Cazenave, une action incontestable dans la production de cette affection. Les expériences de MM. Gaitskell et Husson, qui ont inoculé l'humeur séreuse des bulles ; celles de M. Rayer, qui s'est servi de la sérosité et du pus pris sur une femme âgée et affectée d'un pemphigus chronique, ont démontré le caractère non contagieux du pemphigus.

## § III. — Symptômes.

1° *Pemphigus aigu. Prodromes.* — Un état de malaise général, de lassitude ; des frissons, de la soif, des nausées, de la céphalalgie avec élévation et fréquence du pouls, de la démangeaison à la peau, tels sont les *prodromes* du pemphigus aigu ; variables dans leur intensité, ils persistent pendant deux ou trois jours avant l'apparition des bulles.

(1) Chausit, *Traité des maladies de la peau*, p. 93.

parition de l'éruption bulleuse qui peut se présenter sur tous les points de la surface cutanée.

*Symptômes.* — Alors on voit se dessiner çà et là sur la peau de *petites taches cutanées*, d'un rose vif, qui s'élargissent peu à peu ; sur ces taches et ordinairement à leur centre, on ne tarde pas à découvrir une teinte opaline : c'est l'épiderme qui commence à se laisser soulever par un liquide séreux, c'est la *bulle* qui se développe. Le développement est quelquefois si rapide, et la bulle couvre si bien toute la tache, qu'on a pu croire que l'ampoule n'était pas précédée de la rougeur érythémateuse.

Ordinairement c'est au centre qu'apparaît la bulle, et les bords de la tache rouge l'entourent d'une *aréole* enflammée. Quelques taches paraissent rester rouges, sans se prêter au développement bulleux ; mais si l'on promène le doigt sur leur surface, on sent un soulèvement appréciable, et si l'on exerce quelques frictions, on ne tarde pas à enlever l'épiderme, qui est soulevé par une petite collection de sérosité. Du reste, l'étendue du soulèvement bulleux n'est pas absolument un rayon de la tache qui le précède : une tache relativement assez petite peut couvrir des plus grosses ampoules, et réciproquement. Le temps qui sépare ces deux états est quelquefois impossible à saisir ; souvent il n'est que de quelques heures.

Les *bulles*, dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette, ou même d'une amande, forment quelquefois, en se confondant, quand l'éruption est confluyente, de vastes *ampoules* qui égalent le volume d'un œuf d'oie. Dans les intervalles occupés par les bulles, la peau est saine.

Vers le quatrième jour, les bulles ont acquis tout leur développement ; jusqu'à ce qu'elles soient résistantes, d'une transparence opaline, elles se rident ensuite et s'affaissent. Le liquide qu'elles renferment se trouble, devient jaunâtre ; il ne distend plus complètement la phlyctène, et se précipite à sa partie la plus déclive.

La bulle flétrie se rompt bientôt ; le liquide s'épanche, et des *excoriations* plus ou moins étendues sont mises à nu. Celles-ci ne tardent pas à se recouvrir de *petites croûtes* minces et noirâtres qui tombent assez rapidement. Quelquefois, lorsque le liquide a été évacué complètement, l'épiderme se dessèche en *lamelles* très ténues et blanchâtres. Plus rarement l'ampoule ne se rompt pas, le liquide est résorbé, la bulle s'affaisse et disparaît, laissant une dessiccation lamelleuse.

Enfin la rougeur disparaît elle-même peu à peu, et il ne reste plus de l'éruption que *une empreinte d'un rouge brun* qui peut résister longtemps.

Le pemphigus aigu affecte quelquefois dans son développement une forme que M. Cazenave a signalée sous le nom de *pemphigus aigu successif* ; c'est une succession d'éruptions bulleuses, ayant chacune leurs prodromes distincts. « On voit dans ce cas, dit M. Cazenave, se développer, tantôt sur un point, tantôt sur un autre, des bulles qui se comportent individuellement comme autant de maladies partielles : chaque bouffée de pemphigus, si je puis dire ainsi, est précédée d'un peu de mouvement fébrile ; le malade a quelquefois des frissons le soir. C'est cette forme que j'appelle le *pemphigus aigu successif* : elle présente cela de particulier que l'on peut voir le pemphigus à tous les états : taches, bulles, excoriations, croûtes ; elle offre à la fois tous les éléments qui appartiennent à la période d'accroissement et à la période de décroissement de l'éruption. Ordinairement il existe plusieurs bulles à la fois, et alors les éruptions ont lieu tantôt ici, tantôt là ; mais il peut arriver que



la maladie soit constituée par une seule bulle, qui, parcourant toutes ses phases sur un point unique, se succède pour ainsi dire à elle-même et constitue ce que Willan appelait le *pompholix solitarius*. »

2° *Pemphigus chronique*. — Seul admis et décrit par les pathologistes anglais, le pemphigus chronique se présente le plus souvent à l'état *successif*.

Rarement précédé de symptômes généraux, il apparaît sous forme de *larges bulles*, presque toutes de la grosseur d'une noix, souvent d'un œuf de poule. Ces bulles, rapidement arrivées à leur maximum de développement, sont mollasses, peu résistantes ; la *sérosité* qu'elles renferment est le plus souvent citrine, quelquefois sanguinolente dès le début ; au bout de sept ou huit heures, elles se rompent et laissent à découvert des *surfaces excoriées*, qui ne sont bientôt plus protégées par la pellicule qui formait l'enveloppe de la bulle, celle-ci venant à se plisser et à se rouler sur elle-même.

On voit alors se former des *croûtes* minces, dont l'aspect brunâtre rappelle la nature sanguinolente du liquide bullaire. Une nouvelle éruption ne tarde pas à se montrer ; elle affecte la même marche et les mêmes phénomènes, puis vient une troisième, et ainsi de suite, d'une manière quelquefois indéfinie.

« Il n'est pas rare, dit M. Cazenave, de voir cette forme appartenir au *pompholix solitarius*, et, dans ce cas, elle est assez particulière aux membres inférieurs ; elle montre aussi une prédilection marquée pour les vieillards.

Le pemphigus chronique successif est quelquefois constitué par une série indéfinie de véritables *accès* aigus, d'intensité variable, et revenant à des intervalles qui offrent une espèce de régularité. Ordinairement, dans ces accès, les bulles apparaissent sur les mêmes points, se succédant ainsi dans leur siège d'élection. Elles sont petites, résistantes, entourées d'une aréole enflammée ; au début, la sérosité qu'elles contiennent n'est pas transparente, et bientôt elle ressemble à un *liquide purulent* ; aussi les croûtes qui se forment après leur déchirement sont-elles plus épaisses qu'à l'ordinaire. Quand les accès sont plus intenses, on voit apparaître des bulles énormes, irrégulières, comme résultant de la réunion de plusieurs ampoules. La durée de chaque accès est de dix à quinze jours. Un peu de fièvre, de la constipation, tels sont les seuls phénomènes généraux qui accompagnent ces accès.

Au pemphigus chronique successif peut succéder la *forme permanente et continue*. Dans ce cas, les bulles se renouvellent si fréquemment qu'il n'y a plus d'intervalles entre les différentes éruptions. Celles-ci s'étendent et peuvent prendre un caractère de généralité grave. « Les bulles, observe M. Cazenave, deviennent confluentes ; il vient un moment où cette confluence est telle, qu'il semble que les soulèvements bulleux ne peuvent plus parcourir leurs phases d'accroissement, qu'à peine formés ils se déchirent et couvrent ainsi de larges surfaces de ces petites croûtes lamelleuses, parfaitement semblables à des pelures de pâtisserie feuilletée ; adhérentes à la peau par un point limité, elles flottent et présentent alors un aspect foliacé si remarquable que j'ai cru devoir faire de ce caractère une forme particulière du pemphigus : c'est le *pemphigus chronique foliacé*. Parvenue à ce point, la maladie prend un aspect vraiment terrible ; les paupières, altérées par des éruptions successives, se gonflent à leur bord libre ; elles peuvent se renverser, perdre la possibilité de se mouvoir. Dans ces cas, l'œil devient d'une sensibilité extraordinaire, la conjonctive palpébrale et oculaire est le siège d'une injection vasculaire

rononcée, et les larmes, s'écoulant en abondance, entretiennent sur les points exoriés un foyer rebelle d'irritation. La peau, macérée, exhale une odeur fade et auséabonde, qui souvent incommode le malade lui-même ; l'affection se complique d'hydropisie, de diarrhée, et conduit presque nécessairement à une fin fatale. »

Signalons une variété désignée sous le nom de *pemphigus pruriginosus* ; elle consiste dans quelques papules du prurigo, qui, venant se joindre à l'éruption bulleuse et occasionnant des démangeaisons plus ou moins fortes, ont paru à quelques auteurs mériter une description à part.

3° *Pemphigus des nouveau-nés*. — Sous les noms de *pemphigus infantilis*, *pemphigus gangrenosus*, quelques auteurs ont décrit plus ou moins exactement la forme du pemphigus dont il s'agit. En 1834, le docteur Krauss (1) a donné un résumé de presque tous les faits que la science possède sur ce sujet, et nous en avons nous-même (2) rapporté plusieurs cas dans lesquels on ne peut avoir aucun doute sur l'existence de cette affection. Dans ces cas, le pemphigus n'offre rien de particulier : les caractères de l'éruption, sa marche, ne diffèrent pas de ceux exposés plus haut dans la description du pemphigus aigu.

Cependant, selon M. Cazenave, le pemphigus des nouveau-nés serait une variété à part, moins rare qu'on ne le croit communément : voici, suivant cet auteur, les caractères de cette affection : elle a son siège de prédilection à la paume des mains et à la plante des pieds ; elle appartient exclusivement à cet âge ; elle est caractérisée par des bulles entourées d'une aréole violacée, offrant un volume assez considérable, ordinairement comme celui d'une noisette, et contenant un liquide séro-sanguinolent. M. Cazenave ne doute pas de la nature syphilitique de cette affection. Elle est aussi la manière de voir de M. Paul Dubois, qui, pour établir cette opinion, se fonde sur les raisons suivantes : il a toujours pu constater chez la mère, soit actuellement, soit à une époque plus ou moins éloignée, l'existence de symptômes spéciaux qui expliquaient la possibilité d'une infection syphilitique chez l'enfant ; il a vu, après la destruction de la bulle, de véritables ulcérations ; enfin tous les enfants atteints succombent, et le plus souvent avec une grande rapidité.

Les recherches plus récentes de M. Depaul (3) sont venues confirmer cette manière de voir.

Les faits observés par MM. Cazenave, P. Dubois et Depaul diffèrent assez de ceux qui sont indiqués par les auteurs pour mériter une description à part ; mais ce qu'il y a de certain, c'est que le pemphigus n'a pas toujours, chez les nouveau-nés, les caractères et la gravité que lui ont trouvés ces auteurs. D'après cela, on doit admettre, chez les nouveau-nés, un *pemphigus simple* et un *pemphigus syphilitique* : le premier souvent bénin à l'état aigu, le second toujours très grave.

4° *Pemphigus labialis*. — M. Devergie (4) a décrit une forme particulière de pemphigus à laquelle il donne le nom de *pemphigus labialis*. Il en a vu deux exemples, l'un à l'hôpital Saint-Louis, l'autre en ville. Cette maladie consistait en petites bulles se réunissant pour en former de plus grosses, et se succédant d'une manière non interrompue. Les bulles, en se crevant, donnaient issue à une liqueur limpide,

(1) *De pemphigo neonatorum*. Thes., Bonnæ, 1834.

(2) *Clinique des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838, p. 676.

(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1851, t. XVI, p. 920, 954.

(4) *Union méd.*, 30 mars 1847.

filante, muqueuse, semblable à de l'eau très chargée de gomme arabique ; puis elles se couvraient d'une croûte légèrement jaunâtre et brunâtre, par où s'écoulait cette liqueur. La maladie, dans un cas, a été très rebelle.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

En décrivant les formes aiguë et chronique que peut affecter le pemphigus, nous avons indiqué sa *marche* de manière qu'il soit inutile d'y revenir ici. La *durée* du pemphigus aigu est ordinairement d'un à trois septénaires : celle du pemphigus chronique est généralement longue ; elle peut varier de plusieurs mois à plusieurs années : il n'est pas rare de ne la voir finir qu'avec la vie des malades. Souvent le pemphigus se développe en été, pour se terminer à la fin de l'automne.

Le pemphigus aigu se *termine* souvent par la guérison. Dans le pemphigus chronique, cette terminaison constitue une véritable exception, la maladie ayant tôt ou tard une issue fatale. La mort est souvent causée par une affection des organes contenus dans les cavités thoracique et abdominale.

#### § V. — Lésions anatomiques.

La pâleur des membranes muqueuses, des épanchements séreux dans les grandes cavités, un état gras du foie, rencontré dans tous les cas par M. Cazenave, qui l'a trouvé d'autant plus marqué que la maladie était plus avancée ; et, de plus, dans les bulles restées entières, un liquide albumineux, limpide, quelquefois jaunâtre, ordinairement visqueux, tantôt inodore, tantôt fétide ; telles sont les lésions les plus constantes qu'ont permis de constater les autopsies de sujets morts à la suite du pemphigus.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

*Diagnostic.* — En général, le diagnostic du pemphigus est facile : la présence de *bulles* le plus souvent bien isolées, figurant de larges ampoules ; la forme bombée et la *minceur* lamelleuse des croûtes qui leur succèdent : les excoriations superficielles que le déchirement des phlyctènes met à nu, sont des caractères à l'aide desquels on évitera la confusion. Le *rupia*, dont la forme est essentiellement chronique, et l'*ecthyma* se distinguent de cette affection par les caractères suivants : dans le *rupia*, les bulles sont rares, et elles sont suivies de véritables ulcérations, de croûtes dures et épaisses ; dans l'*ecthyma*, dont la lésion élémentaire est une pustule, celle-ci est ordinairement beaucoup plus petite que les bulles du pemphigus. Ce n'est donc que dans quelques cas rares qu'on pourrait éprouver de l'hésitation ; mais alors même on arrive au diagnostic en se rappelant que la pustule de l'*ecthyma* est de prime abord purulente, et que les croûtes auxquelles elle donne lieu sont épaisses et noirâtres.

Le pemphigus, lorsqu'il est confluent, pourrait, par ses croûtes, faire croire à l'existence de l'*impétigo* : on évitera l'erreur en songeant que les croûtes du pemphigus sont minces, lamelleuses, foliacées, et que l'*impétigo* a des croûtes épaisses, anfractueuses, rugueuses.

*Pronostic.* — En général, le pemphigus est une maladie grave. Lorsqu'on l'ob-

Arrivé à l'état aigu, on doit craindre les récidives ; à l'état chronique, il se termine fréquemment par la mort.

### § VII. — Traitement.

De l'avis de tous les auteurs, le traitement du *pemphigus aigu* ne consiste que dans l'emploi de moyens très simples : une *diète légère*, l'usage de quelques *bains délayants*, le *repos*, suffisent dans presque tous les cas. Il est rare qu'on ait besoin de recourir aux *antiphlogistiques* ordinaires, ou à quelques *dérivatifs* pour modérer l'intensité de l'inflammation de la peau. En général, il faut veiller à ce que l'*épiderme* reste appliqué à la surface de la plupart des bulles ; il faut les préserver du *frottement* après leur rupture, et lorsqu'elles sont excoriées, les panser, selon le conseil de M. Rayer, avec un linge fenêtré enduit de cérat.

Le *pemphigus chronique* peut être aussi modifié par les mêmes moyens, mais il réclame une médication plus active. On prescrit ordinairement les *bains simples* ou *amidonnés*. Si les douleurs sont vives, on applique sur les parties malades des *compresses imbibées d'un liquide anodin ou opiacé*.

M. Cazenave conseille d'être très réservé dans l'emploi des topiques ; il rejette en général les *pommades* ; quant aux *bains*, il leur trouve l'inconvénient de macérer la peau et de faciliter le développement des bulles.

Le seul cas où le *pemphigus* puisse être, selon cet auteur, heureusement modifié par une application tonique, c'est lorsque, occupant une surface limitée, il se reproduit sans cesse : alors M. Cazenave conseille l'emploi de *cataplasmes saupoudrés de quinquina et de charbon*.

« Le topique, ajoute ce médecin, qui m'a le mieux réussi dans le double but de parer aux inconvénients d'un suintement trop abondant, et de calmer les douleurs qui tourmentaient le malade, c'est l'*amidon sec*, avec lequel on saupoudre tous les points affectés, quelle que soit d'ailleurs l'étendue de l'éruption. J'ai vu des malades couverts d'un *pemphigus* qui les enveloppait tout entiers, trouver dans l'emploi de ce topique une fraîcheur bienfaisante qui faisait taire toutes leurs souffrances et amenait quelquefois aussi une modification très heureuse de la maladie elle-même. »

Parmi les moyens généraux, les *toniques* sont particulièrement recommandés. On cherche à relever la constitution du malade, et dans ce but, les *ferrugineux*, la *limonade vineuse*, le *café de glands* expérimenté avec succès par M. Cazenave, les *amers*, sont administrés avec persévérance, non-seulement chez les vieillards et les individus affaiblis, mais aussi chez les sujets jeunes et robustes, dont le mal persiste avec opiniâtreté. L'état des voies digestives donnera la mesure de l'énergie qu'il faut donner à ce traitement.

« Les *limonades sulfurique et nitrique*, continuées avec persévérance, M. Rayer, ont aussi opéré plusieurs guérisons remarquables. »

Voici le traitement que propose M. Devergie (1) contre le *pemphigus labialis*, dont il a donné la description : « La marche qui me paraît devoir être suivie pour son traitement, dit-il, est celle-ci :

« S'attacher d'abord à voir s'il existe quelques rapports entre la maladie locale

(1) *Union méd.*, 30 mars 1847.

et une altération des voies digestives ou de tout autre organe de l'économie; inter-  
roger surtout les antécédents du malade, sa constitution, son tempérament; faire  
reposer la médication générale sur ces diverses conditions une fois connues et ap-  
préciées; employer d'abord les émollients humides, ou les poudres absorbantes, ou  
les eaux acidules, pour empêcher la formation de ces croûtes épaisses, dures, qui  
sous l'influence de la compression déterminée par les aliments et les mouvements  
irritent sans cesse les lèvres et favorisent la formation des bulles; modifier la forme  
morbide et l'habitude de la production morbide par des caustiques très doux, répé-  
tés à plusieurs jours et en tâtonnant un peu en raison du sujet, mais tellement  
composés qu'ils ne portent jamais une excitation trop vive. La *solution de nitrate  
d'acide de mercure* dont je me sers généralement dans ces cas, et dans des conditions  
analogues, n'est pas celle du *Codex*. Je trouve ce dernier caustique beaucoup trop  
acide et beaucoup trop fort pour la généralité des maladies cutanées, qui, par  
leur chronicité, exigent l'usage de ces sortes de moyens.

» Je le formule ainsi :

ⅆ Protonitrate de mercure cristallisé 4 gram. Acide nitrique..... 2 gram.		Eau..... 8 gram.
--	--	------------------

Ramenez le protonitrate de mercure à l'état pulvérulent; faites-le dissoudre dans l'eau  
distillée que vous portez peu à peu jusqu'à l'ébullition; retirez du feu et ajoutez goutte à  
goutte l'acide nitrique. Il se forme un peu de deutonitrate, mais dans une proportion faible,  
quand l'opération est bien conduite.

» Il en est de même de l'*iode caustique*. Il est rare que je me serve de la for-  
mule de M. Lugol, qui s'adresse plus particulièrement au *lupus* et à toutes les  
affections scrofuleuses.

» Voici celle que j'emploie fréquemment :

ⅆ Iode..... 5 décigr. Iodure de potassium..... 4 gram.		Alcool à 36°..... 8 gram.
---	--	---------------------------

Dissolvez et ajoutez :

Eau saturée de sel commun..... 8 gram.

» Au surplus, on modifie ces doses en raison des cas pour lesquels on en fait  
usage. »

## ARTICLE II.

### RUPIA.

Willan et Bateman nous ont donné les premiers une bonne description du *rupia*.  
Souvent confondu avec d'autres affections cutanées, et surtout avec l'*ecthyma*  
dont, selon la remarque de M. Cazenave (1), il semble, dans certains cas, n'être  
qu'une forme exagérée, il doit être rangé, en raison de sa lésion élémentaire, dans  
la classe des maladies bulleuses; c'est pourquoi nous en plaçons l'étude à côté du  
*pemphigus* et avant l'*ecthyma*, avec lequel il a une grande analogie. Nous décri-

(1) *Dict. de méd.*, t. XXVII, 1843, art. RUPIA.

abord le *rupia simplex*, puis le *rupia proeminens*, qui n'est qu'un degré élevé du premier. Nous parlerons ensuite du *rupia escharotica*, qui, par ses bords tranchés, constitue une espèce complètement distincte.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Rupia est une affection cutanée caractérisée d'abord par des bulles plus ou moins volumineuses, isolées, aplaties, renfermant un liquide primitivement séreux, incolore, quelquefois noirâtre; plus tard par des croûtes souvent très épaisses, terminées enfin par des ulcérations.

On a quelquefois sous le nom d'*ulcères atoniques*, d'*ulcères croûteux*, le rupia, une maladie dont nous ne connaissons pas bien le degré de fréquence. On peut le regarder comme peut-être plus fréquent que le pemphigus.

§ II. — Causes.

La misère, une nourriture insuffisante, l'habitation des lieux humides et mal-aérés, le grand âge, les scrofules, une constitution affaiblie par les maladies et les épidémies de tous genres, telles sont les conditions que les auteurs s'accordent à reconnaître comme favorisant le développement du rupia. Selon eux, l'état cachectique est la cause du *rupia escharotica*.

On observe aussi quelquefois le rupia à la suite de maladies éruptives graves, comme la variole, la scarlatine, la rougeole. On l'a vu compliquer le *pourpre rhagique*. M. Marcel a lu à la Société médicale d'observation l'histoire d'un individu qui s'était développé chez un individu affaibli depuis plusieurs années par des *hallucinations nocturnes*. C'est là tout ce qu'on sait de l'étiologie de cette maladie. Elle se montre aux deux époques extrêmes de la vie. On la rencontre, en particulier, plus particulièrement chez les enfants délicats, faibles, et chez les vieillards.

§ III. — Symptômes.

*Rupia simplex*. — On voit apparaître, presque exclusivement, aux membres inférieurs, plus rarement au tronc et aux membres supérieurs, sans inflammation locale, un certain nombre de bulles petites, aplaties, d'un centimètre de diamètre environ. Elles sont distendues par un liquide d'abord séreux et transparent, qui se paissit bientôt et se change en un véritable pus. Puis les bulles s'affaissent, se dessèchent; le liquide qu'elles renferment se concrète et se transforme en une croûte brunâtre, rugueuse, toujours plus épaisse au centre qu'à la circonférence, continuant avec l'épiderme soulevé. A la chute de la croûte, on trouve des cicatrices superficielles qui tantôt se cicatrisent assez vite, tantôt se recouvrent de croûtes nouvelles. Tel est le *rupia simplex*, à la suite duquel il reste des *tares* d'un rouge livide, qui persistent encore quelque temps.

*Rupia proeminens*. — Dans certains cas, les caractères du rupia sont plus prononcés; les bulles sont plus grosses, les croûtes plus épaisses, les ulcérations plus profondes: c'est le *rupia proeminens*. Dans cette espèce, l'éruption bulleuse détermine une inflammation circonscrite de la peau; puis, dans ce point enflammé, la peau est soulevée plus ou moins promptement par une collection de sérosité.



citrine, quelquefois par un *liquide noirâtre assez épais*, qui se concrète rapidement en une *croûte* d'un brun noirâtre. Celle-ci est entourée à sa base d'une *aréole érythémateuse* qui parfois devient le siège d'un soulèvement épidermique, et constitue une *nouvelle bulle* à laquelle succède une croûte qui s'ajoute à la première. Ce symptôme secondaire de l'éruption tend à l'augmenter et à l'étendre. Au bout d'un certain temps, de nouvelles croûtes s'ajoutant sans cesse à celle qui s'était formée la première, leur ensemble ressemble assez exactement à une *écaille d'huître*. D'autres fois, au contraire, l'accroissement de la croûte se fait en hauteur, et celle-ci peut dépasser la surface de la peau de plusieurs centimètres. Alors elle est conique et ressemble à ces coquillages univalves appelés *lepas* ou *patelle*.

Les croûtes qui succèdent à la bulle du *rupia proeminens* sont ordinairement fort adhérentes et persistent assez longtemps. Lors de leur chute spontanée ou provoquée par des applications émollientes, on découvre des *ulcérations* d'étendue et de profondeur variables. Celles-ci se recouvrent bientôt d'une nouvelle croûte, ou bien elles laissent à nu un *ulcère blafard*, profond, arrondi, de 2 à 3 centimètres d'étendue, à bords tuméfiés, et d'un rouge livide. Les ulcérations, lentes à se cicatriser, surtout chez les vieillards, laissent après elles des cicatrices peu solides et des *empreintes purpurines* qui ne disparaissent qu'après un temps souvent fort long.

3° *Rupia escharotica*. — Cette forme, souvent confondue avec l'*ecthyma cachecticum*, et décrite par quelques auteurs sous le nom de *pemphigus gangrenosus*, est propre aux enfants cachectiques, débilités, et ne les attaque que depuis leur naissance jusqu'à la première dentition. Elle siège surtout au cou, à la poitrine, à l'abdomen, au scrotum. Ses bulles sont toujours isolées et bien distinctes.

Dans ces cas, on voit apparaître à la peau des *taches livides*, légèrement *proéminentes*, sur lesquelles se développent bientôt des *bulles* distendues par un *liquide séreux ou sanguinolent*. Celles-ci, augmentant rapidement de volume, forment de *larges ampoules*, aplaties, irrégulières, entourées d'une *aréole violacée*, et contenant un *liquide noirâtre*. Ces bulles ne tardent pas à se flétrir, à se rompre, et à laisser à découvert des *surfaces ulcérées ayant un aspect gangréneux*. Ces ulcérations, larges, profondes, donnent lieu à une *suppuration fétide* et de mauvaise nature.

Bientôt après se montre une *nouvelle éruption*, et ces accidents peuvent se reproduire à plusieurs reprises. Ces éruptions successives déterminent de *très vives douleurs*, surtout chez les très jeunes enfants. Elles causent l'insomnie, allument la fièvre, et, sous leur influence, la mort peut survenir rapidement. Dans les cas où l'issue est favorable, la cicatrisation est toujours lente à s'effectuer.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Le *rupia* a une *marche* essentiellement chronique ; sa *durée*, qui peut n'être que de deux à trois septénaires, persiste souvent plusieurs mois. Il a souvent, chez les vieillards, une ténacité remarquable. La guérison, parfois longue à obtenir, est la *terminaison* la plus commune. Chez quelques vieillards, on ne peut parvenir à faire cicatriser les ulcères qui résultent de la chute des croûtes.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Le *pemphigus* et l'*ecthyma* sont les deux seules maladies de la peau avec lesquelles on pourrait confondre celle qui nous occupe.

Le *pemphigus* se distingue du *rupia* par ses bulles proéminentes, larges et distendues par un liquide toujours plus transparent et plus séreux, ainsi que par ses croûtes minces, lamelleuses, si différentes des croûtes caractéristiques du *rupia*. L'*ecthyma*, qui se développe généralement dans les mêmes conditions que le *rupia*, en diffère au début par son état pustuleux ; plus tard, ses croûtes, quoique épaisses, sont irrégulières et plus adhérentes, et les ulcérations qui leur succèdent sont moins larges et moins profondes. Nous reviendrons sur ce diagnostic à l'article consacré à l'*ecthyma*.

**Pronostic.** — Le *rupia* n'offre ordinairement aucun caractère sérieux ; il n'est généralement grave que quand il se présente sous la forme de *rupia escharotica*. Sa gravité est, ainsi que nous l'avons vu plus haut, subordonnée à l'âge de l'individu, au degré de ses forces, à l'ancienneté du mal, etc.

§ VI. — Traitement.

Si l'on se rappelle les conditions qui favorisent le développement du *rupia*, on comprendra que les moyens qui tendent à restaurer la constitution appauvrie doivent être une partie essentielle du traitement. Le lait d'une bonne nourrice pour les très jeunes enfants, un régime alimentaire substantiel et fortifiant, l'emploi de vins généreux, des amers, de quelques toniques, un air pur, des soins de propreté, etc., constitueront le traitement général.

Le traitement local consiste dans les moyens suivants, que nous allons rapidement énumérer :

« On ouvrira les bulles de *rupia simplex*, dit M. Rayet, si elles contiennent de la sérosité ; on les couvrira d'un linge fenêtré, sur lequel on appliquera une petite quantité de charpie, et l'on maintiendra le tout au moyen d'un bandage compressif. »

Après la chute des croûtes, on pourra hâter la cicatrisation des ulcérations à l'aide de lotions avec le vin aromatique ou miellé, ou une solution de crème de tartre. De tous les topiques, suivant M. Rayet, celui qui réussit le plus constamment est la crème de tartre, dont on saupoudre la surface ulcérée. Quand les croûtes sont douloureuses ; les lotions avec l'eau de guimauve seront faites avec avantage.

Dans les cas où les ulcères sont rebelles, comme cela arrive après la chute des croûtes de *rupia proeminens*, M. Cazenave recommande la cautérisation ; il veut qu'on touche profondément les points ulcérés avec le nitrate d'argent, ou qu'on se lave à plusieurs reprises avec l'acide chlorhydrique étendu d'eau. Si ces moyens ne suffisent pas, il conseille la cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Il a souvent obtenu une cicatrisation prompte avec la pommade au proto-iodure de mercure, ou même au deuto-iodure, qui agit comme un véritable caustique.

On recommande le repos et la position horizontale, quand le *rupia* est fixé au

membres inférieurs. Quelques *bains simples ou alcalins* sont joints comme adjuvants aux moyens précédents. Les *topiques émollients* sont les seuls dont M. Cazenave recommande l'emploi dans le *rupia escharotica*.

## CHAPITRE IV.

### AFFECTIONS PUSTULEUSES.

Les affections pustuleuses de la peau doivent être placées au rang des plus fréquentes. Dans ce chapitre, nous n'aurons pas à nous occuper de plusieurs d'entre elles qui sont de la plus grande importance, ce sont : la variole, la vaccine, et les éruptions qui tiennent à ces affections. Nous entrerons donc en matière par la description de l'impétigo, puis de l'ecthyma, du porrigo et des autres maladies pustuleuses non fébriles.

Les affections pustuleuses sont caractérisées par de *petites collections purulentes qui soulèvent l'épiderme sous forme de boutons blancs*, et qui reposent sur une *base enflammée*.

#### ARTICLE I<sup>er</sup>.

##### IMPÉTIGO.

Le terme *impétigo*, qu'on trouve dans les anciens auteurs employé dans beaucoup d'acceptions différentes, doit être consacré, d'après les travaux de Willan et de Bateman, à désigner une éruption pustuleuse psyraciée bien distincte des autres affections dont la pustule est l'élément caractéristique.

Les auteurs anglais admettaient cinq espèces d'impétigo : 1° *impetigo figurata*, 2° *impetigo sparsa*, 3° *impetigo scabida*, 4° *impetigo erysipelatodes*, 5° *impetigo rodens*. Cette division, qui ne repose guère que sur des différences de forme ou de gravité de la maladie, n'a pas été adoptée par les médecins modernes; de plus Biett, et, à son exemple, MM. Cazenave et Schedel, ont fait rentrer dans l'histoire de l'impétigo deux variétés comprises avant eux dans l'étude du *porrigo*, et désignées généralement sous les noms de *porrigo larvalis* et de *porrigo granulatus*. Nous nous contenterons de distinguer l'impétigo en *aigu* et en *chronique*, en rattachant à ces deux grandes formes toutes les variétés principales; puis, en raison de leur importance, on décrira à part l'*impetigo larvalis* et l'*impetigo figurata*, qui ne doivent plus être compris dans l'histoire de l'éruption contagieuse appelée *porrigo*.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Avec Willan, Biett, M. Cazenave, on définit l'impétigo comme il suit : c'est une *maladie caractérisée par des pustules psyraciées (petites pustules), confluentes, donnant lieu à la formation de croûtes molles, jaunâtres, épaisses, irrégulières*.

reviennent par la dessiccation d'un suintement plus ou moins abondant, et après elles des empreintes assez persistantes.

L'impétigo a reçu un assez bon nombre de noms divers : il nous suffira de dire qu'il a été décrit sous les dénominations de *dartre croûteuse*, *gourmes*, *croûtes* ; que Sauvages l'a appelé *tinea lactea*, Alibert *dartre crustacée*, *achore*, *luciflua*.

Il est difficile de pouvoir indiquer d'une manière précise le degré de fréquence de l'impétigo ; on peut dire que cette affection, la plus commune des maladies pustuleuses, est très fréquente, ce qui sera facilement admis, aujourd'hui qu'on a fait rentrer sous cette éruption quelques variétés assez communes et qui lui appartiennent proprement.

## § II. — Causes.

### 1° Causes prédisposantes.

On peut être affecté de l'impétigo à tout âge, mais il est une forme qu'on observe particulièrement chez les très jeunes enfants, à l'époque de la première ou seconde dentition : c'est l'*impetigo larvalis*, appelé vulgairement *croûtes*

du sexe féminin, surtout à l'époque critique, le *tempérament lymphatique*, une peau blanche, doivent, suivant les auteurs, être rangés parmi les causes prédisposantes de cette affection. L'*automne* et le *printemps* seraient aussi, d'après quelques auteurs, particulièrement favorables au développement de l'impétigo, et quelques individus en seraient périodiquement atteints à ces époques pendant plusieurs années consécutives.

On peut enfin citer ces conditions que nous avons si souvent occasion de citer, telles que la misère, la malpropreté, l'ivrognerie, etc., etc., et qu'on retrouve dans l'étiologie de toutes les affections cutanées, sans qu'on puisse apprécier l'action réelle de l'une d'elles en particulier.

### 2° Causes occasionnelles.

Ces causes sont mal connues. Il n'est pas rare de voir l'éruption pustuleuse se développer chez des individus qui, dans les travaux de leur profession, sont en contact avec des *substances irritantes*, telles que le sucre brut, la chaux, les poussières métalliques. Quelquefois à la suite d'une *émotion morale*, d'un excès de travail ou de l'exposition à une *chaleur brûlante*, on a vu apparaître les pustules d'impétigo. Cette maladie, qui complique souvent d'autres affections cutanées, telles que le psoriasis et la gale, ne se transmet pas par contagion. •

## § III. — Symptômes.

*Impétigo aigu.* — Rarement précédée d'un peu de malaise, de céphalalgie, de fièvre, l'éruption débute par des *taches* rouges, assez distinctes et un peu élevées, qui sont le siège d'un sentiment de *chaleur* quelquefois très douloureux. Ces taches apparaissent bientôt de petites *pustules* généralement assez rapprochées, parfois isolées, quelquefois confondues entre elles. Ces pustules, aplaties,

superficielles, ont acquis tout leur développement en trente-six ou quarante-huit heures, et elles ont alors la grosseur d'un grain de millet; ensuite elles s'ouvrent et laissent échapper un *liquide purulent* qui se dessèche et donne lieu à des *croûtes* jaunes sur lesquelles nous appellerons l'attention.

Les *croûtes de l'impétigo*, comme le fait très bien remarquer M. Cazenave (1), ressemblent assez, dans les premiers temps, à des larmes d'ambre; puis elles s'épaississent, deviennent rugueuses, inégales, et conservent toujours un certain degré de transparence qui les a fait comparer à des fragments de miel desséché (*melita gra. flavescens*, d'Alibert), aux grains jaunes et brillants du succin, au suc gommeux de certains arbres, etc.

Peu adhérentes, du reste, ces croûtes sont comme déposées à la surface de la peau; leur consistance molle est due au *suintement continu* qui les accompagne, en sorte que, parvenues à une épaisseur quelquefois considérable, elles se fendent et laissent sourdre à travers leurs fissures un *liquide ichoreux*. Après leur chute, on aperçoit une surface qui est le siège d'une *sécrétion purulente*, et qui se recouvre bientôt de croûtes nouvelles.

Ordinairement, vers la fin du second septénaire, les croûtes deviennent moins épaisses, se détachent en portions plus sèches et grisâtres, et le suintement se tarit graduellement. Bientôt après, il ne reste plus de l'éruption qu'une *empreinte brune* qui persiste assez longtemps.

« Chose remarquable, dit M. Cazenave, l'impétigo peut, alors que les pustules ont cessé, se continuer pendant un peu de temps encore par une sorte d'état squameux qui le fait ressembler à un eczéma: il semble que l'inflammation se décompose et s'éteigne; que de tous les éléments morbides qui constituent l'impétigo, il ne reste plus qu'une petite phlegmasie séreuse qui donne lieu à la desquamation que je signale ici, et qui d'ailleurs passe elle-même assez rapidement. »

2° *Impetigo erysipelatodes*. — Il peut arriver qu'un plus haut degré d'inflammation accompagne les phénomènes de l'éruption, ainsi que son développement; alors l'impétigo est annoncé par des troubles généraux plus marqués; la douleur locale est plus vive; les pustules reposent sur des taches érysipélateuses largement développées: c'est ce que Willan appelait *impetigo erysipelatodes*. Ces cas, d'ailleurs, ne sont pas fréquents, et ne diffèrent en rien, pour le reste de la description, de l'impétigo aigu.

3° *Impetigo chronique*. — Cette forme peut s'établir de deux manières: tantôt constitué par une *série d'éruptions aiguës* successives, l'impétigo se comporte, chaque nouvelle attaque pustuleuse, comme nous venons de le dire, et se renouvelle incessamment, soit dans le même point, soit dans un autre; tantôt, au contraire, l'affection se perpétue sur place, sans aucune trace d'acuité. Dans ce dernier cas, il n'y a plus, pour ainsi dire, d'éruption, et les croûtes, continuellement grossies par le *suintement purulent*, acquièrent un certain volume et une coloration noirâtre. Peu adhérentes, elles se détachent facilement, mais se reforment vite et de toutes pièces, sans succéder à des pustules détachées.

4° *Impetigo scabida*. — Dans certains cas, et surtout chez les individus dont la constitution est détériorée; les *croûtes* peuvent devenir énormes; rugueuses et

(1) *Leçons sur les maladies de la peau*, p. 68.

verdâtres, elles enveloppent parfois un membre tout entier. A travers leurs fissures, s'échappe un liquide ichoreux et brunâtre, exhalant souvent une odeur fétide : c'est là l'*impetigo scabida* de Willan.

A ce degré, l'impétigo peut se compliquer d'œdème, d'ulcérations, etc. Il peut aussi, lorsqu'il siège aux orteils, entraîner la chute des ongles, les déformer, les rendre ternes, cassants.

5° *Impetigo figurata*. L'éruption pustuleuse, telle que nous venons de la décrire, peut se présenter sous deux aspects dont Willan a cru devoir faire deux variétés. Dans l'une, les pustules, plus ou moins agglomérées, occupent une surface variable, mais assez exactement circonscrite, ovale ou circulaire : c'est l'*impetigo figurata*.

6° *Impetigo sparsa*. — Dans l'autre, au contraire, les pustules sont disséminées, éparses, et n'affectent aucune forme particulière; c'est l'*impetigo sparsa*. Entre ces deux formes, il y a de nombreux degrés intermédiaires.

#### § IV. — Siège.

L'impétigo peut occuper tous les points de la surface cutanée; cependant on le voit plus particulièrement l'*impetigo sparsa* affecter les membres et le pli des articulations. L'*impetigo figurata* se développe de préférence à la face, et aux joues en particulier. Tantôt il recouvre un membre tout entier, tantôt il reste borné à une seule région. En général, l'*impetigo figurata* n'occupe au visage qu'une surface limitée, la lèvre supérieure, par exemple, les paupières, etc.

Ici se place naturellement la description des deux formes que Bielt et MM. Sauvage et Schedel ont retranchées du genre *porrigo*; elle complétera l'étude des symptômes de l'impétigo, dont il faut les considérer comme deux variétés.

##### a. IMPETIGO LARVALIS, VULGAIREMENT CROUTES DE LAIT ET TEIGNE MUQUEUSE.

Cette forme de l'impétigo, qu'on observe surtout chez les jeunes enfants, se manifeste par une éruption de pustules plus ou moins confluentes, et réunies en groupes.

*Croûtes de lait*. — Tantôt cette éruption occupe la presque totalité du visage comme le ferait un masque, d'où lui vient le nom de *larvalis*, et tantôt elle est bornée aux joues, aux lèvres, aux oreilles, à une portion du cuir chevelu.

Aux pustules succèdent bientôt des croûtes jaunes et verdâtres, le plus souvent minces et lamelleuses, qui, en se détachant, laissent à découvert une surface rouge enflammée, se recouvrant bientôt de nouvelles concrétions croûteuses. Quelquefois le suintement est si abondant, qu'il ne se concrète pas, et l'on voit un liquide visqueux, âcre, s'écouler par une foule de petits points.

Ne consistant souvent, chez les très jeunes enfants, qu'en un petit nombre de croûtes minces répandues sur les tempes, et ne donnant lieu qu'à un suintement peu abondant, l'*impetigo larvalis* constitue une affection bénigne qu'on a désignée souvent sous le nom de *croûtes de lait*. Si l'éruption est plus intense, les surfaces se recouvrent d'incrustations jaunes, épaisses, exhalant une odeur nauséabonde.



Alors les démangeaisons sont vives; souvent les *ganglions lymphatiques voisins s'enflamment* et suppurent; il y a *coryza, otite, ophthalmie*.

*Teigne muqueuse*. — Lorsque l'affection gagne le cuir chevelu, les cheveux sont collés ensemble et enfermés dans des croûtes irrégulières, jaunâtres, recouvrant une surface variable. C'est cet état qu'on trouve, dans certains auteurs, décrit sous le nom de *teigne muqueuse (achor mucifluus)*.

Après un certain temps, le suintement diminue; les croûtes, plus minces, plus blanches, reposent sur une surface moins rouge, et finissent par être remplacées par une *desquamation* légère, qui annonce la terminaison heureuse de la maladie. « Et, chose remarquable, dit M. Cazenave (1), là où existait une éruption en apparence si grave, souvent sillonnée de fissures, de crevasses, d'où l'on voyait souvent, sous l'influence de l'action des ongles des enfants, le sang ruisseler, mêlé à un liquide séro-purulent, non-seulement on n'observe jamais de cicatrice, mais on ne retrouve plus qu'une teinte rosée qui ne tarde pas à se dissiper. »

#### b. IMPETIGO GRANULATA (*teigne granulée*).

Il a pour *siège* exclusif le *cuir chevelu*, et se trouve désigné souvent sous le nom de *teigne granulée (porrigine granulée, Alibert)*; c'est, comme nous l'avons dit, le *porrigo granulata* de Willan.

Cette forme est caractérisée par la présence, au milieu des cheveux, de *petites croûtes* séparées, grisâtres, d'une figure très irrégulière. L'éruption s'accompagne d'une *inflammation* assez vive et de beaucoup de *démangeaison*. Puis apparaissent des *pustules* d'un blanc jaunâtre, traversées à leur centre par un cheveu, et s'ouvrant au bout de deux à quatre jours.

Le *suintement* qui s'établit alors est assez abondant; il donne lieu aux croûtes caractéristiques dont nous venons de parler.

Ces *croûtes*, qui deviennent dures, bosselées, prennent une *couleur* brune ou gris foncé; elles ont été comparées par Alibert à de petits grains de mortier. De petites *granulations* sèches, friables, se détachent et restent éparses çà et là dans les cheveux, qui en sont comme hérissés.

Les *cheveux*, qui ne sont jamais détruits, se trouvent réunis en groupes par une agglomération de croûtes; en même temps il s'exhale de la tête une *odeur nauséabonde*, et, dans certains cas, des *poux* pullulent au milieu des croûtes et des cheveux. Cette odeur, selon MM. Cazenave et Schedel, n'existe pas chez les individus qui ont recours aux soins de propreté, et même alors, le plus souvent, les croûtes ne présentent plus leurs caractères distinctifs, et ressemblent à celles de l'impétigo situé sur un autre point de l'enveloppe cutanée. Cette variété est d'ailleurs peu fréquente.

#### c. IMPETIGO RODENS.

Mentionnons cette forme de l'impétigo, aussi rare que peu connue encore. Bielt l'avait signalée; M. Cazenave n'en a vu qu'un petit nombre d'exemples. Dans cette variété, la maladie, qui commence par une pustule, laisse, après la chute des croûtes, des *ulcérations*, et par suite de véritables cicatrices.

(1) *Dict. de méd.*, art. IMPÉTIGO.

## § V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

*Marche.* — L'impétigo aigu parcourt ses périodes avec une certaine régularité qu'on retrouve dans ses différentes variétés. Rappelons seulement qu'à l'état chronique, tantôt la maladie se compose d'une succession d'éruptions aiguës qui se prolongent un certain temps, tantôt elle se perpétue sur place sans aucune trace d'acuité.

L'impétigo aigu a une durée qui ne dépasse pas ordinairement deux ou trois septénaires. A l'état chronique, il peut durer indéfiniment, et souvent alors il est lié à un mauvais état de la constitution. La durée de l'*impetigo granulata* est variable ; elle dépasse rarement quelques mois ; celle de l'*impetigo larvalis* est généralement longue ; on voit cette affection persister des années entières.

La guérison, qui est la terminaison de la maladie dans l'immense majorité des cas, s'annonce généralement par la diminution de la sécrétion purulente ; les croûtes se forment de plus en plus lentement et deviennent plus sèches et plus minces. Une légère desquamation termine bientôt la maladie.

## § VI. — Diagnostic, pronostic.

*Diagnostic.* — A l'état pustuleux, l'impétigo sera toujours facile à reconnaître. Des pustules psyraciées, isolées ou rassemblées en groupes, ne sauraient, en effet, être confondues avec les vésicules de l'*herpès* et de l'*eczéma*, ni avec les bulles du *emphigus* et du *rupia*. Il en est de même relativement aux grosses pustules (*phlyzaciées*) de l'*ecthyma*.

Les pustules de l'*impetigo figurata*, lorsqu'elles occupent le menton, pourraient être prises pour des pustules de *mentagre* ; mais celles-ci en diffèrent en ce qu'elles sont plus saillantes, isolées, suintent beaucoup moins, et reposent sur une base calleuse ou tuberculeuse.

Les croûtes de l'impétigo, avec leur couleur jaune, leur épaisseur, leur demi-transparence, leur aspect rugueux, inégal, leur friabilité, leur faible adhérence, offrent des caractères qui les font distinguer des croûtes lamelleuses des affections vésiculeuses. Nous avons décrit ailleurs les croûtes caractéristiques du *rupia* ; celles de la *mentagre* sont plus sèches, plus foncées en couleur que celles de l'impétigo, et elles ne se reproduisent qu'après une nouvelle éruption.

Dans quelques cas d'*impetigo larvalis* de longue durée, les cheveux tombent dans une plus ou moins grande étendue : cette alopecie accidentelle diffère de celle qui a lieu dans le *porrigo*, en ce que les cheveux repoussent. Cependant, chez quelques enfants, l'impétigo laisse une alopecie incurable, le bulbe des cheveux se trouvant atrophié. Nous reviendrons sur ce point quand il sera question du *porrigo*.

*Pronostic.* — L'impétigo aigu est le plus souvent une maladie légère, surtout chez les sujets jeunes et robustes ; il n'a quelque gravité que lorsqu'il survient chez des individus qui ne prennent aucun soin de propreté et ont une constitution débile. En pareil cas, il se perpétue avec une grande opiniâtreté.

L'aspect effrayant de l'éruption, chez les enfants affectés d'*impetigo larvalis*, ne doit pas alarmer sur l'issue de la maladie : le médecin pourra, sur ce po

rassurer les parents, et prédire, comme nous l'avons dit plus haut, une terminaison favorable.

[Le pronostic des gourmes offre une considération à laquelle M. le docteur Caillaud attache quelque importance.

Il signale cette opinion populaire que les éruptions croûteuses du cuir chevelu sont salutaires aux enfants. « Assurément, dit-il, c'est à l'occasion de cette affection cutanée qu'il est survenu dans tous les temps des revers funestes à propos de guérisons intempestives ou trop rapides des gourmes. » Cet auteur cite deux exemples à l'appui de cette opinion (1).]

### § VII. — Traitement.

1° *Traitement de l'impétigo aigu.* — A l'état aigu, l'impétigo ne réclame pas une médication active : quelques boissons rafraîchissantes ou acidules, le repos, un régime doux, quelques lotions émollientes, suffisent en général pour amener une prompte guérison. Si l'éruption a une étendue considérable, et si elle s'accompagne d'une réaction fébrile marquée, on pratique avec avantage, chez les sujets jeunes et vigoureux, quelques émissions sanguines générales ou locales, et l'on joint quelques bains tièdes et de faibles laxatifs.

Quand l'impétigo occupe le cuir chevelu, il faut avoir soin de couper les cheveux très court et d'enlever les croûtes à l'aide de cataplasmes ou de lotions mucilagineuses, afin de mettre à nu les surfaces malades, sur lesquelles on pourra appliquer des médicaments topiques. Cette précaution est applicable à tous les cas d'affections croûteuses qui ont leur siège dans le cuir chevelu et les endroits garnis de poils. Elle n'est cependant pas absolument indispensable lorsque des soins actifs et intelligents peuvent être donnés aux malades. Dans plusieurs cas d'*impetigo granulata* (*teigne granulée*) chez des jeunes filles, on peut, en effet, faire conserrer les cheveux et triompher de la maladie en quelques jours, ainsi qu'il suit :

Faites, avec une brosse et de l'eau de savon, laver très exactement la tête, en écartant les cheveux dans tous les points du cuir chevelu sans exception. Puis frottez ces points sont légèrement frictionnés avec la pommade suivante :

℞ Calomel..... de 3 à 5 gram | Axonge..... 30 gram

Cette opération est pratiquée matin et soir, et, au bout de dix à quinze jours, les croûtes, souvent considérables, et l'engorgement des ganglions du cou, conséquence de la maladie, sont complètement dissipés.

Mais cette opération est longue et pénible; elle dure au moins une demi-heure matin et soir; il faut presque du dévouement pour s'en charger, et ce n'est guère que chez les mères qu'on le trouve. Si l'on n'a pas la conviction la plus profonde que les choses se font tout le soir, il ne faudrait pas lui consacrer un seul instant à sacrifier.

En général, dans les cas de l'impétigo, on choisit dans les émollients, les mucilagineux, ou les médicaments locaux.

(1) Caillaud, *Traité des*

les sulfureux, seront sévèrement proscrits. On vient de voir les heureux effets on peut obtenir de l'emploi de la *pommade au calomel*.

• *Traitement de l'impétigo chronique.* — Le traitement de l'*impétigo chronique*, tel qu'il a été recommandé par les auteurs, se compose d'une foule de médicaments dont il serait difficile d'apprécier aujourd'hui la véritable valeur. Les *curiaux*, les *acides*, les *alcalins*, etc., ont été vantés tour à tour. C'est ce qui se fait toujours dès qu'il s'agit d'une maladie de la peau dont la durée se prolonge. On cherche sans cesse des moyens nouveaux, on ne réussit pas le plus souvent, et on ne fait que trahir les embarras d'une thérapeutique généralement incertaine, impuissante.

Les *bains et les douches de vapeur*, en détachant les croûtes et en changeant le degré de vitalité des tissus, suffisent, dans un bon nombre de cas, pour procurer une terminaison favorable.

Il est souvent nécessaire de remplacer les bains de vapeur par les *bains alcalins*, surtout par les *bains sulfureux*. Ceux-ci, presque toujours nuisibles à l'état normal, trouvent ici leur application la plus heureuse. Des faits nombreux prouvent l'efficacité des eaux d'Enghien, les Eaux-Bonnes, de Cauterets, de Barèges, etc., ont une efficacité réelle dans cette maladie. Ces eaux sont administrées tant à l'extérieur qu'à l'intérieur.

M. Cazenave dit avoir vu plusieurs cas dans lesquels les *bains de mer* ont été suivis de bons résultats, et Bateman regarde, pour les *formes sèches de l'impétigo*, l'usage des eaux d'Harrogate comme le remède le plus efficace.

Les *lotions alcalines*, les *lotions d'eau acidulée*, et en particulier avec l'*acide chlorhydrique*, ont parfois contribué puissamment à la guérison d'anciens impétigos. Dans ces cas aussi, on a obtenu des avantages marqués en promenant sur la surface malade un pinceau trempé dans un *acide affaibli* ou une solution étendue de *nitrate d'argent*. Cette légère cautérisation doit être suivie immédiatement d'une *aspersion d'eau simple*, afin de modérer l'énergie du caustique.

M. Rayer, dans les cas où l'impétigo est borné à une petite surface, dit s'être servi avec avantage de la pommade suivante :

℞ Protonitrate de mercure. 1,30 gram. | Axonge . . . . . 30 gram.

Un certain nombre d'impétigos qui avaient résisté à l'emploi d'une foule de moyens ont cédé promptement, entre les mains de Bielt, de M. Rayer, Cazenave, à l'usage des *préparations arsenicales*, et notamment à la *solution de Pearson*, et voici la formule :

℞ Nitrate de soude cristallisé. 0,05 gram. | Eau distillée . . . . . 32 gram.

Donner aux adultes, 20 gouttes dans la journée, dans un verre d'eau sucrée.

La solution suivante :

℞ Iodure de potassium. 0,20 gram. | Eau distillée . . . . . 32 gram.

Donner à 2 et même à 4 grammes et plus, progressivement, et avec

On ne saurait trop recommander au praticien d'être réservé dans l'emploi de ces préparations arsenicales, dont néanmoins nous ne devons pas nous priver, car elles réussissent dans des cas très rebelles.

Dans l'*impetigo larvalis* (croûtes laiteuses), M. Cazenave recommande d'insister sur les *lotions d'eau tiède* et de *lait*; chez les enfants à la mamelle, la seule médication, selon lui, consiste à conseiller à la nourrice *de faire jaillir du lait de son sein, et d'en arroser les surfaces malades*. Il est important aussi d'avoir recours aux *bains entiers tièdes* et *émollients*.

M. le docteur Don Serapio Escolar (1) emploie contre le *porrigo larvalis* l'*iodure de soufre* à l'intérieur et à l'extérieur, de la manière suivante :

- 1° Tous les jours prendre à l'intérieur de 5 à 7 centigrammes d'iodure de soufre.
- 2° Faire matin et soir des frictions avec la pommade suivante :

℥ Axonge . . . . .	32 gram.		Essence de roses . . . . .	6 gouttes.
Iodure de soufre . . . . .	2 gram.			

Mêlez.

- 3° Un purgatif salin chaque semaine, l'usage du lait de vache, un exercice modéré, et une propreté extrême secondent le traitement.

M. Sarti (2) propose la *vaccination*, et voici les faits sur lesquels il se fonde :

Sur 89 cas dans lesquels la vaccine a réussi, il y a eu chez 25, diminution prompte et durable des croûtes laiteuses, et chez 58, guérison immédiate et radicale. Chez 2 enfants, la vaccine a échoué, et il n'y a pas eu d'amélioration.

## ARTICLE II.

### ECTHYMA.

Willan, après avoir classé l'ecthyma parmi les maladies pustuleuses, en a admis plusieurs variétés, et après lui Bateman en a décrit quatre, qui sont : 1° l'*ecthyma vulgure*, 2° l'*ecthyma infantile*, 3° l'*ecthyma luridum*, et 4° l'*ecthyma cachecticum*. Ces distinctions ont été rejetées par Bielt (3), qui ne les trouve fondées que sur des circonstances accidentelles. Alibert avait étudié à part l'*ecthyma aigu* et l'*ecthyma chronique* (4), et M. Rayer (5) a adopté la même division. C'est aussi celle que nous suivrons en présentant l'histoire de cette maladie, sur laquelle M. Cazenave (6) a publié des recherches pleines d'intérêt.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On désigne sous le nom d'*ecthyma* une inflammation de la peau caractérisée par des pustules phlyzaciées, larges, arrondies, ordinairement discrètes, à base d'un

(1) Journ. de méd. et de chir. pratiques, octobre 1847.

(2) Bull. gén. de théor., 30 avril 1852.

(3) Dict. de méd., t. IX, art. ECTHYMA, 1835.

(4) Monogr. des dermat. Paris, 1832.

(5) Traité théor. et prat. des maladies de la peau.

(6) Ann. des malad. de la peau et de la syph., t. I, 1844.



**enflammée**, auxquelles succèdent des croûtes brunes, épaisses, laissant après la **chute** une empreinte rouge qui persiste plus ou moins longtemps, ou bien, ce qui **est** plus rare, une véritable cicatrice.

L'ecthyma, désigné par Alibert (1) sous le nom de *phlyzacié* et sous celui d'*epinyctis* par Sauvages, Vogel, etc., est une maladie *assez commune*. Nous avons **signalé**, en parlant de la gale, une complication fréquente de cette affection, qui **consiste** dans le développement des pustules d'ecthyma.

## § II. — Causes.

### 1° Causes prédisposantes.

Aucun *âge* n'est à l'abri de l'ecthyma, aucune *constitution* n'en est exempt, **mais** il est bien plus fréquent de l'observer chez les *individus affaiblis* par **fatigues**, par les maladies, chez les vieillards débiles, en un mot, chez tous les sujets dont la constitution a reçu une atteinte plus ou moins profonde.

La *misère*, la *malpropreté*, les *chagrins*, la *débauche*, ont la même action sur le développement de l'ecthyma. Les *hommes* qui en sont plus fréquemment atteints que les femmes, n'ont probablement ce privilège que parce qu'ils se trouvent plus souvent qu'elles sous ces fâcheuses influences.

Selon Bielt, l'automne et l'hiver paraissent les *saisons* les plus propres à favoriser ces affections. Après certaines *fièvres éruptives*, les varioles surtout, on voit souvent des éruptions successives de pustules d'ecthyma qui prolongent la convalescence.

### 2° Causes occasionnelles.

Certaines *applications emplastiques*, des *frictions irritantes*, par exemple avec l'*huile de croton* ou avec le *tartre stibié*, déterminent les pustules phlyzaciées d'ecthyma. En substituant les lotions aux frictions graisseuses dans le traitement de la gale, on constate, suivant la remarque de Legendre, que cette éruption se complique plus fréquemment d'ecthyma.

• Une cause assez fréquente d'ecthyma, et qu'il faut considérer comme cause locale, c'est, dit M. Cazenave, la *présence d'une autre éruption* qu'il vient compliquer sans l'intervention du traitement. Nous citerons encore la gale elle-même, qu'il est fréquent de voir accompagnée de pustules ecthymoïques, alors que les malades n'avaient encore rien fait pour la combattre ; c'est cette gale, du reste, qu'Alibert a décrite sous le nom de gale pustuleuse.

• Il faut cependant certaines conditions particulières pour déterminer la présence de pustules phlyzaciées compliquant une autre maladie de la *peau* ; il faut surtout que celle-ci ait été *puissamment excitée*, et principalement d'une certaine façon. Ainsi ce n'est pas l'impétigo, par exemple, qui se complique le plus ordinairement de l'ecthyma, bien que ces deux éruptions semblent se rapprocher *a priori* par leur nature et leur forme pustuleuse ; mais ce sont les maladies accompagnées de prurit ; et c'est à cette dernière condition que nous attribuons la fréquence de la réunion de l'ecthyma avec la gale. Après cette dernière affection

(1) *Loc. cit.*



sont les maladies papuleuses, la prurigo et le lichen, avec lesquelles on observe le plus souvent les pustules d'ecthyma. »

Telles sont les causes de l'ecthyma ; comme on le voit, elles agissent de deux manières : ou localement, ou généralement en affaiblissant la constitution.

### § III. — Symptômes.

1° *Ecthyma aigu*. — Assez rare au tronc, l'ecthyma aigu se développe habituellement aux bras et aux mains.

L'éruption apparaît sous forme de *points rouges* assez nettement circonscrits ; elle est annoncée par une *douleur* souvent vive et piquante s'accompagnant d'un sentiment de *cuisson*. Au centre de ces petites plaques s'élève bientôt une *petite collection d'un liquide* ordinairement *purulent* dès le début, et quelquefois *sero-purulent*. Cette collection purulente, entourée d'une *aréole d'un rouge vif*, constitue ce qu'on appelle une *pustule phlyzaciée*, à cause de sa largeur et de son peu de saillie. En effet, dans certains points, à la paume des mains par exemple, l'épiderme paraît à peine soulevé.

Une fois formée, la pustule reste intacte pendant quelques jours, et, ce qui est digne de remarque, quelquefois plus d'une semaine ; puis le liquide qu'elle renferme se coagule et se convertit en une *petite croûte* brunâtre peu épaisse et non adhérente. Si la pustule est rompue avant la formation de la croûte, on aperçoit une *petite cavité* dont le fond est rouge, comme *excorié*. À la chute de la croûte, le derme conserve une *empreinte violacée* qui persiste longtemps.

L'éruption des pustules d'ecthyma est ordinairement successive et ne détermine aucun mouvement fébrile. Les symptômes locaux, bien qu'ils annoncent l'inflammation du derme, sont en effet trop faibles pour qu'un aussi petit nombre de pustules, se développant à la fois, puisse produire le moindre trouble général. Parfois cependant les choses se passent un peu différemment, ce qui tient aux circonstances suivantes :

Quelquefois les pustules, au milieu de leur développement, paraissent être le siège d'un *mouvement fluxionnaire* : elles augmentent de largeur et de saillie et ressemblent assez bien, dans ces cas, à certaines bulles de pemphigus.

Dans quelques cas, plus rares, l'éruption est simultanée et précédée de *symptômes généraux*, tels que *malaise*, *mouvement fébrile*, etc. Alors les pustules, discrètes, plus petites, répandues sur une surface plus ou moins large, suivent ensemble les diverses phases de l'éruption. En général, celle-ci est douloureuse et s'accompagne d'un gonflement comme érysipélateux des surfaces affectées.

2° *Ecthyma chronique*. — Plus fréquent que l'ecthyma aigu, l'ecthyma chronique a pour siège de prédilection les membres inférieurs ; ses pustules, plus rares, quelquefois au nombre de trois ou quatre seulement, sont généralement *moins circonscrites* ; elles sont aussi plus larges que celles de l'ecthyma aigu, et *atteignent souvent l'étendue d'une pièce d'un franc et au delà*. La peau, siège de l'éruption, est à peine enflammée ; la pustule se forme avec peine, et reste quelquefois *flasque et plissée*, perdant en saillie ce qu'elle gagne en étendue. L'*aréole* qui l'entoure est un cercle dont la couleur varie depuis le rouge pâle jusqu'à la teinte brune violacée ; le *liquide* qu'elle renferme, ordinairement peu épais, quelquefois mi-

rière ou sanguinolent, se convertit en une croûte le plus souvent noirâtre, parfois très adhérente, laissant après elle une *excoriation* sanieuse, puis une *empreinte* qui reste longtemps foncée : une véritable *petite cicatrice*.

C'est cette variété d'ecthyma, comme le fait remarquer M. Rayer, qu'on rencontre chez les enfants faibles, mal nourris ou convalescents de variole (*ecthyma infantile*) : dans ces cas, les pustules sont ordinairement peu volumineuses.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

En général, la *marche* de l'ecthyma aigu est subordonnée au développement des pustules ; elle est plus rapide quand l'éruption s'accompagne de phénomènes inflammatoires. A l'état chronique, l'affection affecte une marche essentiellement lente, et sa *durée* peut varier de plusieurs mois à plusieurs années. L'*ecthyma aigu* a ordinairement une durée de plusieurs semaines, entretenu qu'il est par l'apparition successive de nouvelles pustules. C'est ce qui a lieu quand il a été produit par une cause permanente et quand il accompagne une autre affection cutanée.

La guérison est la *terminaison* habituelle de l'ecthyma.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Bielt avait pensé que le siège des pustules était dans les follicules sébacés. Pour M. Cazenave, l'ecthyma est une inflammation de la surface de la peau, avec tous ses caractères, et dans laquelle sont intéressés plusieurs des éléments de cette membrane. « Il y a, dit ce médecin (1), manifestement douleur, afflux de liquide, congestion sanguine, fluxion séreuse, formation de pus. »

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

*Diagnostic.* — Le *rupia*, que nous avons décrit dans l'article précédent, est la maladie avec laquelle il serait possible de confondre l'ecthyma, et c'est sans doute ce qui a engagé M. Plumbe à proposer de réunir en une seule ces deux affections. Tout en reconnaissant qu'on les rencontre assez souvent dans des conditions analogues, et qu'au début, dans certains cas, rares néanmoins, la lésion élémentaire paraît être la même, on doit convenir que l'ecthyma diffère toujours du rupia par son état *pustuleux* dès le commencement du soulèvement épidermique.

On ne confondra pas non plus les larges pustules phlyzaciées de l'ecthyma avec les petites pustules de l'*impétigo* et les pustules ombiliquées de la *variole*.

La seule difficulté est celle qui permet de confondre l'ecthyma simple (*ecthyma cachecticum*) avec l'*ecthyma syphilitique* (voir les syphilides).

*Pronostic.* — L'ecthyma ne saurait jamais être regardé comme une affection grave par elle-même. A l'état aigu, c'est une maladie légère ; à l'état chronique, il indique un état de faiblesse, de détérioration de l'économie, mais par lui-même il n'ajoute rien à la gravité du mal.

#### § VII. — Traitement.

Dans l'*ecthyma aigu*, quand l'éruption ne consiste qu'en un nombre peu considérable de pustules, les auteurs conseillent de s'en tenir à l'usage des délayants

(1) *Loc. cit.*

des *bains frais*, des *bains d'rou de son*, et à prescrire un régime doux et le repos.

Si au contraire, chez un sujet robuste, l'éruption s'accompagne de fièvre, si les surfaces où elle se développe sont douloureuses ou fortement enflammées, on pratique avec avantage quelques *émissions sanguines*, et les bains frais sont plus fréquemment répétés. Vers la fin de l'affection, on joint à ces moyens quelques *purgatifs légers*.

Quant à l'*ecthyma chronique*, le médecin doit suivre une conduite toute différente, et l'état général sous l'influence duquel l'affection pustuleuse s'est développée doit fixer particulièrement son attention. C'est ainsi que chez les individus dont la constitution est affaiblie, on prescrit un régime tonique et fortifiant; l'usage des *amers*, des *ferrugineux*; quelques *bains gélatineux* ou *alcalins*. Le malade doit être en outre soumis à toutes les conditions d'une hygiène bien entendue.

Chez les *enfants à la mamelle*, il faut surveiller la qualité du *lait* qu'on leur donne; quelquefois un *changement de nourrice* a suffi pour obtenir dans l'état du petit malade les plus heureuses modifications.

En général, dit M. Cazenave, l'éruption par elle-même ne réclame l'emploi d'*aucun topique*; il y a cependant quelques cas dans lesquels les excoriations de mauvaise nature, qui appartiennent à certaines formes de l'*ecthyma*, réclament l'application de certaines pommades astringentes, ou même quelques cautérisations légères avec le *nitrate d'argent* ou un *acide étendu*.

Les *ulcérations* qui succèdent à la chute des croûtes, et qui, chez certains vieillards, sont si longues à cicatriser, seront favorablement excitées, selon M. Rayer, par des lavages avec des *décoctions aromatiques*, ou une solution de *chlorure de chaux*, ou encore en les saupoudrant de *crème de tartre*.

Ce traitement bien simple ne demande pas d'autres détails.

### ARTICLE III.

#### PORRIGO (*teigne*).

[A l'article *herpès tonsurant* (voyez page 414), nous avons présenté sur les parasites végétaux des considérations qui s'appliquent de tous points à l'affection que nous décrivons, et nous invitons le lecteur à s'y reporter; il réunira ainsi les diverses espèces qui forment le groupe des *teignes*.]

Il n'est pas de partie de la pathologie cutanée qui ait offert jusqu'à nos jours plus de confusion que celle-ci. Sous le nom de *porrigo* et sous le nom de *teigne* qui lui correspond exactement, on a décrit une multitude d'affections diverses qui n'avaient de commun que leur siège; nous avons eu déjà occasion d'en signaler quelques-unes.

Les Grecs reconnaissaient cinq espèces de *porrigo*. Guy de Chauliac admettait également cinq formes de *teigne* dont voici l'énumération : *Tinea favosa*, *T. ficiosa*, *T. medosa*, *T. tuberosa*, *T. lupinosa*. Alibert, au commencement de ce siècle, décrivit cinq espèces de *teigne*, qui sont les suivantes : *teignes muqueuse*, *furfuracée*, *amiantacée*, *granulée*, *faveuse*. Willan, en adoptant la dénomination d'

*porrigo*, en établit les six variétés suivantes : *porrigo larvalis*, *furfurans*, *lupinosa*, *scutulata*, *decalvans*, *favosa*.

Ce court exposé suffit pour donner une idée de la confusion déjà signalée ; à l'aide d'une observation attentive, on a écarté du groupe des teignes, des maladies qui, nous le répétons, n'ont rien de commun que le siège et qui diffèrent par leurs caractères essentiels. A l'article *Impetigo*, on a fait voir qu'il fallait rattacher à ce genre les variétés décrites par Willan sous les noms de *porrigo larvalis* et de *porrigo granulata* ; de plus, le *porrigo favosa* de Willan n'est qu'un véritable *impétigo*, et la *teigne granulée* d'Alibert est une variété de cet *impétigo* (*impetigo granulata*). Cette judicieuse élimination, commencée par Bielt, a été continuée par M. Cazenave, qui, dans un article aussi remarquable par son esprit de critique que par la clarté de l'exposition (1), a établi d'une manière précise le sens des mots *teigne* et *porrigo*, et déterminé la maladie qu'ils devaient désormais désigner.

Selon M. Cazenave, il faut réserver le nom de *porrigo* (ou de *teigne*, si l'on voulait conserver cette dénomination) à une affection spéciale, caractérisée par sa nature contagieuse, ses pustules, ses croûtes et sa tendance à produire l'alopecie. A ce titre, M. Cazenave rejette du genre *porrigo* le *porrigo scutulata* de Willan, ou *ring-worm* des Anglais, qui n'est, selon lui, que la variété d'herpès qu'il a décrite sous le nom d'*herpès tonsurant* (2). Il en écarte également le *porrigo decalvans*, maladie distincte, bien différente d'ailleurs, et qui n'est que le *vitiligo du cuir chevelu*.

Néanmoins, dans ces derniers temps, M. Bazin (3) définit la teigne : *une affection des poils, produite ou entretenue par la présence d'un végétal parasite*. Partant de cette définition, l'auteur admet cinq espèces de teignes :

1° *Teigne faveuse* (*porrigo favosa* ou *scutulata*) ; 2° *teigne tonsurante* (*teigne tondante* de Mahon, *herpès tonsurant* de M. Cazenave) ; 3° *teigne mentagre* ou *sycosique* ; 4° *teigne achromateuse* (*porrigo decalvans* de Bateman ; *vitiligo du cuir chevelu* de M. Cazenave) ; 5° *teigne décalvante* (*alopecie idiopathique*). Tout en reconnaissant l'importance des observations de M. Bazin, relativement à la cause commune de ces maladies, nous pensons que la distinction établie par Bielt et M. Cazenave peut être maintenue.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le *porrigo* (ou *teigne*) est une inflammation spéciale du cuir chevelu, contagieuse, caractérisée par de petites pustules jaunes, enchâssées dans l'intérieur de la peau, se convertissant de bonne heure en croûtes d'un jaune particulier, déprimées en godets, tendant spécialement à produire une alopecie permanente (Cazenave) et produite ou entretenue par la présence d'un végétal parasite.

Le *porrigo*, tel que nous venons de le définir, se trouve désigné dans les auteurs par différentes dénominations : c'est le *porrigo lupinosa* de Willan ; le *porrigo favosa* de quelques médecins modernes ; la *tinea lupinosa* de Guy de Chauliac, la *teigne*

(1) *Traité des maladies du cuir chevelu*. Paris. 1850, p. 90.

(2) *Voy. l'art. Herpès*, t. V, page 413.

(3) *Rech. sur la nature et le trait. des teignes*. Paris, 1853.

*favosa* de M. Mahon et de M. Bazin, la  *vraie teigne*, le *favus* de M. Rayer. Cette dernière expression vient de l'aspect remarquable de la pustule qui forme une croûte jaune, offrant une dépression centrale, ce qui lui donne une certaine ressemblance avec les alvéoles d'une ruche à miel. C'est aussi d'une ressemblance des pustules avec les semences du lupin que lui vient le nom de *porrigo lupinosa*.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

Le *porrigo* s'observe à tous les âges ; cependant il se développe particulièrement dans l'enfance et dans la jeunesse. Aucun sexe, aucune saison n'y paraissent prédisposer plus particulièrement. Il en est de même du tempérament et de la constitution. Si celle-ci paraît faible et détériorée chez un certain nombre de teigneux, il faut moins regarder cet état comme une cause que comme un effet de la maladie elle-même.

A ces causes nous ajouterons la misère, la malpropreté, les fatigues, dont il est impossible d'apprécier rigoureusement l'influence ; et l'hérédité, qui, sans nous être beaucoup mieux connue, a paru évidente dans un certain nombre de cas.

#### 2° Causes occasionnelles.

Le *porrigo* est essentiellement contagieux : ce mode de transmission est reconnu par la plupart des médecins modernes, et entre autres par Bielt, MM. Rayer, Cazenave, Bazin. La contagion s'opère par le contact immédiat ou par des objets ayant servi à des individus malades, tels que bonnets, linge, éponges, peigne, etc. Ces faits sont faciles à apprécier quand les enfants sont réunis en grand nombre, comme dans les pensions, les hôpitaux. « Il en est de la contagion du *favus*, dit M. Rayer, comme de celle de plusieurs autres maladies transmissibles par contact ou inoculation ; l'application des croûtes du *favus* sur la peau n'entraîne pas constamment l'inoculation de cette dégoûtante éruption. » Les travaux des micrographes modernes tendent à donner une explication très simple de la contagion de la maladie, puisque, suivant leurs recherches, elle est constituée par une végétation qui se reproduit avec la plus grande facilité.

### § III. — Symptômes.

Au début, le *porrigo favosa* apparaît sous forme de pustules extrêmement petites, ne dépassant pas le niveau de la peau, dans l'épaisseur de laquelle elles sont comme enchâssées ; elles sont d'un jaune remarquable, comme safranées, et toujours elles sont traversées par un cheveu. Liquide au commencement, la matière qu'elles renferment se concrète rapidement, et donne lieu à des croûtes qui d'abord offrent un caractère particulier et qu'on peut regarder comme le signe pathognomonique de la maladie.

Ce mode de début est propre à la forme appelée *favus disséminé*, par opposition à une autre forme à laquelle on a donné le nom de *favus en cercle*. Dans cette dernière, l'affection se manifeste sous forme de plaques plus ou moins nombreuses

ez régulièrement *arrondies*, et dont l'apparition est précédée de *démangeaisons* ez vives. Ces surfaces, qui varient en étendue de 2 à 3 centimètres, présentent d'abord un état *grenu*, *chagriné*, constitué par le gonflement de l'extrémité de chaque conduit pilifère que surmonte bientôt une petite *squame* blanche, adhérente. Cet état peut durer quelques semaines, et alors on voit seulement apparaître au-dessous des lamelles les petits points jaunes qui constituent le pus (1).

La *croûte faveuse*, à peine formée, présente une *dépression centrale*, qu'on voit toujours reconnaître à la loupe, souvent même à l'œil nu. A mesure qu'elle se développe, sa dépression augmente; elle devient de plus en plus prononcée, et prend la forme d'un *godet*. Ordinairement *traversée par un cheveu*, elle offre une *odeur jaune de plus en plus foncée*; son volume, très petit d'abord, peut acquies jusqu'à 2 centimètres de diamètre.

Ainsi formées, les croûtes faveuses affectent diverses dispositions. Tantôt *isolées*, distinctes, elles se développent sans se confondre et offrent chacune le type parfait du favus; tantôt *confluentes*, elles se touchent et se confondent par leurs bords et donnent naissance à des plaques jaunâtres où l'on ne retrouve plus la forme arrondie, mais bien une foule de *dépressions alvéolaires* correspondant chacune à une pustule primitive. Quelquefois les croûtes, comme réunies en une seule, ne présentent plus que par places, et sur les bords, la forme ronde et la *dépression* caractéristique. Souvent adhérentes, elles deviennent d'une sécheresse remarquable, pulvérulentes, et tombent au moindre frottement. Cet état se rencontre chez les individus affectés depuis longtemps de porrigo, et qui ont négligé toute espèce de soins. En pareil cas, la tête exhale une *odeur nauséabonde*, qu'on compare à celle de l'urine de chat; en outre les croûtes ont perdu leur couleur habituelle; elles sont d'un blanc sale; c'est à peine si, à travers cette couche épaisse, on voit percer quelques cheveux grêles, comme lanugineux.

Après la chute des croûtes, on aperçoit de légères *érosions*; la peau est rouge, sèche; mais bientôt apparaissent de nouvelles pustules qui donnent lieu à des croûtes nouvelles. Cette circonstance est importante à noter, puisqu'elle sépare complètement le *favus* de l'*impétigo*: dans ce dernier, en effet, les croûtes se renouvellent par un suintement plus ou moins abondant, mais sans qu'il y ait besoin de l'apparition de nouvelles pustules. Cette remarque, fondée sur une observation exacte, a une grande valeur pour le diagnostic.

L'*alopécie*, qui est un effet constant de l'affection faveuse, offre ici un caractère particulier: c'est celui d'être incurable. Après la disparition des croûtes dans les points dégarnis de cheveux, la peau ne présente plus cet aspect bleuâtre, cette raideur, cette souplesse qu'elle a à son état normal; elle a tous les caractères d'une véritable *cicatrice*.

Un *prurit* souvent incommode, quelquefois tellement intense que les malades déchirent la peau avec les ongles, accompagne le *porrigo favosa*. Les enfants qui sont atteints ont souvent la tête pleine de poux. Des excoriations douloureuses du cuir chevelu et l'engorgement lymphatique du cou sont fréquemment la conséquence de la maladie.

(1) Chausit, *Traité élém. des maladies de la peau*. Paris, 1853, p. 142.



Le porrigo ne donne pas lieu à des *symptômes généraux* dignes d'être notés ; mais on a souvent signalé un arrêt de développement physique et moral chez les individus atteints de la teigne.

Enfin, il n'est pas rare de rencontrer dans les *porrigo* anciens, des accidents dus à des *complications*. En s'ajoutant au favus, ces complications, qui, le plus souvent, consistent en des *éruptions d'eczéma*, d'*impétigo*, de *pityriasis*, aggravent nécessairement l'état du malade et obscurcissent parfois le diagnostic.

Le *siège* ordinaire du porrigo est le cuir chevelu ; cependant on rencontre aussi des pustules faveuses sur tous les points du corps où il existe des poils. M. Cazenave a observé plusieurs cas où le *porrigo* était *général*, et, d'un autre côté, il l'a vu (1) souvent occuper uniquement le *scrotum*, où il s'était déclaré spontanément.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Le porrigo affecte une *marche* continue ; à la chute des croûtes, il se fait une éruption de nouvelles pustules qui prolonge ainsi et entretient le mal.

Le favus a une *durée* indéterminée : il n'est pas rare de rencontrer des individus adultes affectés de cette maladie depuis les premières années de leur vie. La guérison, qui, dans ce cas, n'a lieu qu'au prix d'une alopécie au-dessus des ressources de l'art, est une *terminaison* rare du porrigo abandonné à lui-même ; c'est à un traitement long et minutieux que cet heureux résultat est dû le plus souvent.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Différentes opinions ont été émises sur le siège anatomique du favus. Duncan et Baudelocque le plaçaient dans le bulbe pileux ; d'autres regardaient l'affection comme une lésion des follicules. MM. Letenneur (2) et Cazenave admettent que le favus a son siège à l'extrémité du conduit pilifère, de cette gaine qui enveloppe et accompagne le poil depuis le bulbe jusqu'à sa sortie.

Dans ces derniers temps, M. Gruby (3), dans des recherches intéressantes, a avancé que le porrigo n'était autre chose qu'un parasite appartenant à la famille des cryptogames. M. Cazenave (4), qui a discuté ce point, a regardé cette opinion comme inadmissible : il s'est fondé sur la marche et le développement du favus, qui, en effet, il faut le reconnaître, offre une série de phénomènes qu'on ne retrouve pas dans les productions parmi lesquelles M. Gruby voudrait ranger le porrigo ; cependant il faut ajouter que cette opinion a été soutenue et développée depuis par M. Ch. Robin (5) et par M. Bazin (6), ce qui lui donne un assez grand poids pour qu'elle ait aujourd'hui force de loi.

(1) *Union médicale*, 22 janvier 1852.

(2) *Quelques recherches sur le favus*, Thèse. Paris, 1839.

(3) *Mémoire sur une végétation qui constitue la vraie teigne* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1841, t. XIII).

(4) *Traité des maladies du cuir chevelu*. Paris, 1850, p. 222.

(5) *Des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux*. Paris, 1853, in-8, avec atlas de 15 planches.

(6) *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*. Paris, 1853.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

**Diagnostic.** — En se rappelant les traits principaux de la description que nous avons donnée, il sera presque toujours facile d'arriver au diagnostic du favus.

Si on l'observe à l'état pustuleux et au début, on retrouvera cette petite pustule jaune, comme safranée, dépassant à peine le niveau de la peau où elle est comme enfoncée, et déprimée à son centre, si différente de la pustule d'*impétigo*, saillante et globuleuse. D'un autre côté, les croûtes rugueuses, informes, ambrées, mollasses ou verdâtres, comme déposées à la surface de la peau, qui appartiennent à l'éruption impétigineuse, ne ressemblent pas à ces croûtes du porrigo toujours sèches, comme soufrées, quelquefois d'un jaune gris, présentant la dépression en godet, et ordinairement traversées par un poil. L'alopecie, qui accompagne constamment le favus, sera aussi un puissant moyen de diagnostic. Resterait enfin l'examen des cheveux au microscope.

Quelquefois, comme nous l'avons déjà dit, l'agglomération des croûtes confondues entre elles rend obscure ou indistincte la forme caractéristique. Dans ces cas, il faudrait attendre, faire tomber les croûtes, et le développement de nouvelles pustules suivies des croûtes faveuses viendrait lever tous les doutes.

Pour compléter le diagnostic du porrigo, rappelons combien il diffère de l'*eczéma*, remarquable par sa forme *squameuse* et son *suintement*, et du *pityriasis*, caractérisé par une desquamation sans formation de croûtes. Voir pour plus de renseignements, aux articles qui concernent ces maladies. Quant au *porrigo scutulata*, on a donné l'histoire et le diagnostic sous le nom d'*herpès tonsurant*, on doit consulter l'article *Herpès*.

**Pronostic.** — Si l'on songe à la longue durée du porrigo, à son influence sur la constitution, au danger de sa propriété contagieuse; à l'opiniâtreté avec laquelle il résiste souvent aux agents thérapeutiques, à l'alopecie qui en est une conséquence inévitable, on ne saurait s'empêcher de le regarder comme une affection grave et qui réclame toute la sollicitude du médecin. Il faut, le plus promptement possible, faire disparaître une maladie qui fait des sujets qui en sont atteints un objet de dégoût pour tout le monde et de danger pour ceux qui les approchent.

§ VII. — Traitement.

Exposer, à l'occasion du porrigo, les innombrables médications préconisées dans le traitement des diverses espèces de teigne; ce serait vouloir gratuitement retomber dans la confusion où l'emploi mal défini de ces deux mots a jeté la science jusqu'à ce jour. On ne saurait évidemment accepter avec quelque confiance la plupart de ces médicaments indiqués contre la teigne, quand on voit ceux qui les vantent les employer indistinctement dans toutes les espèces, et par conséquent dans des affections qui diffèrent essentiellement de la maladie contagieuse à laquelle on a réservé le nom de *porrigo*.

Deux indications essentielles, qui consistent : 1° à empêcher la formation des croûtes, 2° à produire l'épilation, composent la méthode la plus généralement employée aujourd'hui, et celle dont les succès sont le plus nombreux. Elle est fondée

## MALADIES DE LA PEAU.

ours sur l'étude anatomique du favus. On sait, en effet, que l'avulsion du cheveu ôte, pour ainsi dire, toute prise à la maladie. La guérison du porrigo doit donc résulter de l'avulsion des poils sans qu'il y ait destruction ou altération du bulbe, puisqu'au bout d'un temps donné, la maladie doit cesser complètement de se reproduire faute d'aliment. »

*Calotte.* — L'emploi de la *calotte*, affreux moyen, abandonné aujourd'hui à cause des souffrances atroces qu'il détermine, atteignait ce but. Il consistait dans le mélange suivant :

¼ Farine de seigle..... 125 gram. | Vinaigre blanc..... 1000 gram.

Mettez sur le feu, et agitez; puis ajoutez :

Deutocarbonate de cuivre en poudre.... 15 gram.

Faites bouillir doucement pendant une heure, et ajoutez :

Poix noire. .... } à 125 gram. | Poix de Bourgogne..... 180 gram.  
Résine..... }

Quand tout est fondu, ajoutez :

Éthiops antimonial en poudre..... 180 gram.

Agitez, puis étendez sur de la toile.

Après avoir préalablement ramolli et fait *tomber les croûtes par des cataplasmes* et coupé les cheveux avec des ciseaux le plus ras possible, on appliquait cet emplâtre sur le cuir chevelu, et on l'y laissait séjourner et sécher.

Trois ou quatre jours après, on l'enlevait brusquement et à contre-poil, puis on en mettait un second, que l'on arrachait après le même intervalle. On renouvelait ensuite l'emplâtre de deux en deux jours, ayant soin de raser la tête lorsque cela paraissait nécessaire. On continuait cette opération si crue pendant plusieurs mois, et chaque pansement enlevait une certaine quantité de cheveux.

On comprend la manière d'agir de ce moyen barbare. Tel qu'il vient d'être décrit, il ne saurait être employé aujourd'hui. Cependant les succès qu'il a procurés sont nombreux, et si l'on pouvait le modifier de manière à le rendre facilement supportable, on aurait tort d'y renoncer. Or c'est précisément ce qu'ont fait MM. Bretonneau et Trousseau; car les modifications qu'ils y ont apportées le rendent exempt de douleur et de tout inconvénient. Ce moyen a eu de très bons résultats à l'hôpital de Tours. Voici comment il est exposé (1) :

« La substance emplastique dont on fait usage est un mélange de diverses résines de farine et de vinaigre, dans les proportions suivantes :

Farine de seigle.....	110 gram.	Résine de térébenthine...	48 gram.
Poix de Bourgogne.....	124 gram.	Vinaigre blanc.....	1,250 gram.
Poix-résine.....	96 gram.		

(1) *Du traitement de la teigne par l'emploi de la calotte* (Bulletin de thérap., t. XXIV, mai 1848).

» Ces proportions ne sont pas sans doute absolues. Elles peuvent être changées suivant telle ou telle indication particulière ; mais ce ne sont pas celles qu'on emploie le plus communément, et qui se trouvent dans un grand nombre de formules. On obtient ainsi un mélange de couleur jaunâtre, brunissant à l'air, de consistance assez molle pour qu'on puisse l'étendre très facilement comme une pommade un peu épaisse.

» L'emplâtre bien préparé, on coupe de petits morceaux de toile en forme de mi-côtes de melon, de véritables triangles isocèles par conséquent, et d'une longueur telle que leur pointe étant placée au sommet de la tête, leur base arrive au pourtour. On les couvre d'une couche un peu épaisse de l'emplâtre-calotte. On coupe alors les cheveux bien exactement, et, pour plus de facilité, avec des ciseaux courbés sur le plat. Il est tout à fait inutile de raser la tête : il serait souvent impossible ou dangereux de le faire. On applique alors sur le cuir chevelu les morceaux de linge recouverts de l'emplâtre, en ayant soin de poser leur pointe sur le sommet de la tête, en sorte que tous partent du même point, et que leur base, formant autour de la tête une même ligne circulaire, ils constituent une véritable calotte à côtes.

» Pour maintenir les pièces de l'appareil exactement appliquées, on placera avec avantage autour de la base une bande de sparadrap de la largeur du doigt et assez longue pour faire une ou deux fois le tour de la tête.

» L'appareil ainsi formé se dessèche bientôt. On l'enlève tous les cinq ou six jours pour le renouveler exactement de la même manière. Dès que les cheveux repoussent, on les coupe et avec les mêmes précautions, de façon à les maintenir constamment bien ras.

» L'appareil s'enlève ordinairement sans douleur, ce qui se comprend très bien, les cheveux ayant été préalablement coupés. Si pourtant on produisait le moindre malaise douloureux, il suffirait, pour le faire cesser bientôt, de mouiller l'appareil. On renouvelle d'ailleurs très régulièrement les applications jusqu'à ce que la maladie ait complètement disparu.

» Il est facile de voir que cette médication, malgré l'analogie qu'elle a avec l'anneau, en diffère pourtant essentiellement. Ici point d'arrachement violent des cheveux ; tout se réduit à une application topique médicamenteuse. »

C'est à peu près le même procédé qu'a préconisé M. Henriette (1) ; seulement, le médecin n'applique que quelques bandelettes à la fois et à distance les unes des autres, la douleur étant plus vive quand elles sont rapprochées ; lorsque l'épilation est complète dans ces points, il met de nouvelles bandelettes dans d'autres parties : c'est, à proprement parler, une épilation graduelle.

M. Samuel Plumbe avait conseillé, pour éviter les affreuses douleurs de la calotte, d'épiler les cheveux un à un à l'aide de petites pinces. Cette opération, si longue quand le favus est un peu étendu, est elle-même douloureuse lorsque les cheveux adhèrent encore à leurs bulbes. Elle était généralement abandonnée jusqu'à ce que M. Bazin (2) l'a reprise en la modifiant et la rendant plus facile et moins douloureuse. Voici comment il agit :

1) Bull. gén. de thérap., 15 octobre 1852.

2) Loc. cit.

## TRAITEMENT DE M. BAZIN.

1° Frictionner pendant quelques jours les parties que l'on veut épiler, avec l'huile de cade, une pommade alcaline, l'huile de noix d'acajou incorporée à l'axonge, etc.

2° Épilation avec une pince à mors.

3° Immédiatement, lotion savonneuse et imbibition avec une solution de sublimé, 3 à 5 grammes pour 500 grammes d'eau.

4° Continuer les lotions avec le sublimé pendant trois ou quatre jours, matin et soir, puis les remplacer par des onctions avec la pommade suivante :

Axonge..... 500 gram. | Acétate de cuivre..... 1 gram.

5° S'il survient une éruption pustuleuse, on se borne à vider les pustules en les perçant avec une épingle.

6° Si de petits godets faviques reparaissent, recommencer le traitement plusieurs fois.

## MÉTHODE DES FRÈRES MAHON.

« MM. Mahon commencent par couper les cheveux à deux pouces du cuir chevelu, afin de pouvoir les faire tomber plus facilement avec le peigne ; ils détachent ensuite les croûtes avec du saindoux, ou à l'aide de cataplasmes de farine de graine de lin ; puis ils lavent la tête avec de l'eau de savon. Ces onctions et lotions sont répétées avec soin pendant quatre ou cinq jours, jusqu'à ce que le cuir chevelu soit nettoyé. C'est alors que commence le second temps du traitement, qui a pour but d'obtenir lentement et sans douleur l'avulsion des cheveux sur tous les points où le favus s'est développé.

« On fait tous les deux jours des onctions avec une pommade épilatoire. Ces onctions doivent être continuées plus ou moins longtemps, selon que la maladie est plus ou moins invétérée. Les jours où l'on ne met pas de pommade, on passe plusieurs reprises un peigne fin dans les cheveux, qui se détachent sans douleur.

« Après quinze jours de ces pansements, on sème dans les cheveux une fois par semaine, quelques pincées d'une poudre épilatoire ; le lendemain, on passe un peigne dans les cheveux sur les points malades, et l'on y pratique une nouvelle onction avec la pommade épilatoire. Ces onctions doivent être continuées plus ou moins longtemps, selon la gravité de la maladie.

« On continue ainsi pendant un mois ou un mois et demi. On remplace alors la première pommade épilatoire par une seconde faite avec du saindoux et une poudre épilatoire plus active, avec laquelle on pratique également des onctions sur tous les points affectés, pendant quinze jours ou un mois, suivant la gravité de la maladie. Après ce terme, on ne fait plus ces onctions que deux fois par semaine jusqu'à ce que les rougeurs de la peau aient entièrement disparu. Les jours où on ne fait pas usage de la pommade, on peigne le malade une ou deux fois, ayant soin de ne pas trop appuyer le peigne, qu'on imprègne de saindoux ou d'huile. »

enave, qui a expérimenté une foule de moyens, nous apprend que la méthode MM. Mahon est celle qu'il a vue réussir le plus constamment; aussi il pas à formuler son opinion sur ce traitement de la teigne de la manière

« Il est évident pour moi que les succès de cette méthode, dérivée de , sont dus à l'épilation d'abord, et ensuite aux soins minutieux et réguliers des frères Mahon entourent les malades qui leur sont confiés. Dans cette n, j'ai fait procéder depuis quelque temps dans mon service au traitement ne suivant des errements analogues : ainsi je fais oindre et saupoudrer ement les places malades avec une pommade ou une poudre épilatoire. oyant ce moyen avec persévérance, et surtout en faisant nettoyer et pei- : soin les enfants, j'ai obtenu des résultats vraiment remarquables, mais e assez nombreux et assez complets. » Ce jugement d'un médecin aussi is la thérapeutique des maladies cutanées nous donne la mesure de la va- a méthode épilatoire.

*pommade* et la *poudre épilatoire* des frères Mahon sont, comme on le sait, u secret; elles ont pour base des préparations alcalines, et surtout la *chaux*. e conseille de se servir dans le même but de la pommade suivante :

b. de pot. ou de soude 4 à 8 gram. | Axonge . . . . . 30 gram.

eau est enflammée, il veut qu'on la lave avec la solution suivante :

-carbonate de potasse. 8 gram. | Eau . . . . . 1000 gram.

aux autres méthodes, la plupart consistent dans l'emploi des moyens jour- mis en usage dans le traitement des maladies chroniques qui affectent a le cuir chevelu. M. Cazenave dit avoir souvent employé avec avantage *lotions alcalines* pour nettoyer le cuir chevelu, les *douches sulfureuses* et *lotions acidulées* soit avec le *vinaigre*, soit avec l'*acide nitrique*, soit de *chlorhydrique*; il a aussi employé sous la même forme la dissolution de *zinc*, de *cuivre*, de *nitrate d'argent*, de *sublimé*.

e premier, a expérimenté à l'hôpital Saint-Louis une pommade dont l'*io-soufre* faisait la base, et il a obtenu des succès remarquables. Après avoir endant longtemps les émollients et les alcalins, il faisait frictionner, matin tête du malade avec la pommade suivante :

e de soufre . . . . . 4 gram. | Axonge . . . . . 30 gram.

enave dit avoir souvent recours à cette méthode avec succès, en y ajou- fois l'usage des lotions alcalines.

pour pommade on pourrait en joindre une foule d'autres qui ont été vantées. erons seulement les plus accréditées, celles, par exemple, où l'on a incor- soufre, le *calomel*, l'*oxyde de manganèse*, le *poivre*, la *suie*, l'*onguent* lc., etc.

*stérisation* a été préconisée dans le traitement du porrigo. Ce moyen, qui it *convénir quand la maladie est très étendue*, ne doit être appliqué qu



partiellement et sur des surfaces très limitées. On comprend à quels inconvénients pourrait entraîner l'oubli de cette précaution dans l'emploi d'un agent aussi énergique. D'ailleurs les preuves qu'on a fournies en faveur de ce moyen ne sont encore ni assez concluantes ni assez nombreuses.

Le docteur Affre (1) prescrit les *bains de mer froids* pendant dix minutes, deux fois par jour, avec *aspersion d'eau de mer sur la tête*. Il cite une observation de guérison par ce traitement, et annonce qu'il lui a également réussi dans d'autres cas : « Il faut préalablement, dit-il, faciliter la chute des croûtes par des cataplasmes et produire une dérivation au moyen d'un vésicatoire au bras. »

Le traitement par l'*acide acétique*, proposé par le docteur Wigan (2), doit trouver place ici. Voici l'exposé qui en a été fait (3) et qui suffira pour en donner une idée.

#### TRAITEMENT DU DOCTEUR WIGAN.

Cette méthode consiste d'abord à *raser la tête en laissant subsister un cercle de cheveux*, si toutefois ils n'offrent pas des traces évidentes d'altération. Le docteur Wigan emploie ensuite, comme moyen explorateur, l'*acide acétique concentré*, étendu de trois parties d'eau ; cette première application a pour effet de rougir la peau dans les endroits malades, même dans ceux qui, au premier abord, paraissent parfaitement sains. Chacun de ces endroits, ainsi devenus rouges, est *humecté au moyen d'une petite éponge fixée au bout d'une baguette et imbibée d'acide acétique concentré pur*. A la suite de ces cautérisations, *il se forme une eschare* ; cette eschare augmente de volume, et dès qu'elle est complètement desséchée, *on peut la détacher*, en ayant soin cependant de ne pas l'enlever lorsque la peau sous-jacente est encore à vif. Les cheveux poussent ensuite ; si cependant ce résultat n'était pas obtenu, on devrait employer d'autres applications, quoiqu'il y ait des inconvénients à les répéter trop souvent.

Comme on le voit, le traitement du favus est exclusivement extérieur. Cependant on a administré à l'intérieur les *alcalins*, les *sudorifiques*, etc., etc., sans qu'on puisse déterminer leur valeur, parce qu'ils ont été toujours associés à une médication externe d'une efficacité reconnue. Toutefois le traitement intérieur sera un puissant auxiliaire dans les cas où la constitution faible ou détériorée devra être soutenue et restaurée par l'emploi des *toniques*, des *amers*, des *ferrugineux* d'un régime fortifiant.

Tels sont les moyens principaux employés contre le porrigo tel que nous l'avons décrit ; une condition de leur efficacité, c'est un usage longtemps continué.

[M. le docteur Duchesne-Duparc qui range le favus dans les gourmes, sa troisième classe des dermatoses, adopte le traitement du favus tel qu'il est indiqué par M. Bazin, et déclare qu'il n'y a point de guérison du favus sans épilation (4).]

(1) *Union médicale*, 17 février 1852.

(2) *Journal für Kinderkrankheiten*, mars 1844.

(3) *Ann. des malad. de la peau*, t. I, p. 352.

(4) Duchesne-Duparc, *Traité pratique des dermatoses*. Paris, 1859.

## ARTICLE IV.

## ACNÉ.

Placé à tort dans les affections tuberculeuses par Willan et Bateman, l'acné, mieux étudié par Bielt, a été rangé par cet auteur dans les maladies pustuleuses. La lésion élémentaire de l'acné est, en effet, une pustule; aussi cette manière de voir a-t-elle été adoptée par MM. Rayer, Cazenave et Schedel, qui placent le siège du mal dans le follicule sébacé. Nous décrirons, avec ces derniers, quatre variétés de l'acné : 1° l'*acne simplex*, 2° l'*acne sebacea*, 3° l'*acne indurata*, 4° l'*acne rosacea*. Cette division nous permettra d'exposer d'une manière aussi complète que possible l'histoire de l'inflammation folliculeuse désignée sous le nom d'acné.

## § I. — Définition.

On peut définir l'acné une inflammation ayant son siège dans les follicules sébacés de la peau, et caractérisée par la présence de petites pustules isolées, dont la base, plus ou moins dure, d'un rouge foncé, forme souvent, après la disparition de la pustule, une petite tumeur dure, circonscrite, dont la résolution ne s'opère que lentement. Ajoutons, toutefois, que, pour M. Bazin (1), l'inflammation ne joue dans l'acné qu'un rôle secondaire, accessoire et non nécessaire. « L'acné, dit-il, consiste alors en une hypertrophie des follicules avec éruption à la peau. » Ce médecin admet également une variété qu'il nomme *acné varioliforme*.

L'acné, tel que l'ont compris Willan et Bateman, correspond à la *couperose*, à la *dartre pustuleuse miliaire*, à la *dartre pustuleuse disséminée* d'Alibert; il répond au genre *gutta rosea* de Darwin (*zoonomia*) et au genre *rosa* de Chiarugi, qui en a décrit trois espèces sous les noms de *rosa vera*, *rosa discreta*, *rosa heretica*. Les Latins désignaient aussi l'acné sous le nom de *varus*.

La fréquence de l'acné est un fait facile à constater, son siège de prédilection est à la face. Néanmoins on le rencontre souvent sur le cou, les épaules, le tronc, dans ces derniers cas, il n'est pas rare qu'il reste ignoré des individus mêmes en sont affectés.

## § II. — Causes.

## 1° Causes prédisposantes.

L'acné n'a pas la même forme aux diverses époques de la vie où il se produit; ainsi, c'est l'*acne simplex* qu'on rencontre le plus souvent dans l'adolescence et vers la puberté; tandis que l'*acne rosacea* s'observe dans l'âge mûr, principalement chez les femmes, à l'époque critique, et que c'est surtout la jeunesse qui est atteinte de l'*acne sebacea*. Bielt (2), d'après des observations longtemps continuées, regarde les femmes comme plus disposées que les hommes à être affectées de cette inflammation folliculeuse. Suivant plusieurs auteurs, le tempérament bilieux, à l'âge adulte, et le tempérament sanguin, dans la jeunesse, y prédisposent principalement.

1) De l'*acné varioliforme*. Paris, 1851.

2) *Diet. de méd.*, t. I, art. ACNÉ, 1832.

Au nombre des causes qui favorisent le développement de l'acné, on a cité les *excès de table*, les *habitudes vicieuses*, les *professions* qui exigent une attitude favorable à l'abord du sang vers la tête, les longs *chagrins*. Les *climats froids et humides* paraissent avoir la même influence : au moins l'acné est-il plus fréquent en Angleterre et dans le nord de l'Allemagne que dans les régions du Midi.

L'*acne simplex*, qu'on observe à l'époque de la puberté, et l'*acne rosacea*, qui survient si souvent à l'âge critique, ne permettent guère de douter des rapports de l'acné avec le travail dont les organes génitaux sont le siège. Il en est de même de la *dysménorrhée* et de la *grossesse*, pendant lesquelles l'éruption folliculeuse est suspendue ou aggravée.

La plupart des auteurs ayant observé la transmission successive de l'acné à plusieurs générations, n'ont pas hésité à le regarder comme *héréditaire* dans un grand nombre de cas.

## 2° Causes occasionnelles.

Elles sont peu nombreuses et peu connues ; quelques-unes de celles que nous avons nommées tout à l'heure ont pu, si l'on s'en rapporte à quelques faits, déterminer l'acné par leur action prompte : telles sont une *frayeur vive*, l'exposition de la face à une chaleur ardente, etc., etc. Le plus souvent c'est dans des *applications directes sur la peau* qu'on trouve l'origine du mal ; par exemple, l'emploi de certains *fards*, de *cosmétiques irritants*, de *lotions styptiques, astringentes*.

## § III. — Symptômes.

1° *Acne simplex*. — Il se manifeste par de petites *élevures* rouges, disséminées sur le front, le nez, les joues ; la base de ces élevures est généralement entourée d'une *aréole rosée*. Chacune d'elles se développe isolément et suit sa marche sans s'accompagner de douleur ni de chaleur, si ce n'est parfois d'un *fourmillement léger*. Le travail de *suppuration* s'établit lentement, et la pustule n'est souvent bien caractérisée qu'au bout de huit jours. Vers le milieu du second septénaire, le sommet de la petite pustule s'amincit, se déchire et se recouvre d'une *croûte* mince, légère, quelquefois à peine perceptible. Au dos, où le plus souvent la suppuration est abondante, la croûte est plus épaisse, mais elle tombe bientôt par le frottement des vêtements. Après la chute de la croûte, il reste un *point rouge* un peu élevé qui disparaît peu à peu.

Dans beaucoup de cas, les pustules de l'*acne simplex* sont entremêlées de petits *points noirâtres*, saillants, formés par l'*accumulation du fluide sébacé*, qui va jusqu'à donner au follicule le double de son volume. C'est de cet état que certains auteurs ont fait une variété de l'acné sous le nom d'*acne punctata*.

2° *Acne indurata*. — Dans cette variété, qui peut être fort légère, on voit apparaître quelques *pustules* qui s'élèvent lentement ; la suppuration ne s'y établit que dans l'espace de deux ou trois septénaires, ou même manque quelquefois. Plus tard surviennent d'autres pustules qui suppurent ; leur base reste dure, rouge, et le *tissu cellulaire engorgé* concourt à former une sorte de *tubercule* ou d'*induration chronique*. Il s'en développe ainsi un nombre limité, et l'affection se borne là.

Dans certains cas, l'acné est plus intense, et les traits du visage sont considéra-

ment altérés : on y voit des *tubercules d'un rouge livide*, siégeant principalement sur les tempes et sur le nez. Dans les intervalles existent des *pustules suppurées* ou à l'état naissant ; ou bien des *croûtes légères* ; on y voit aussi une multitude de *points noirs* résultant de l'accumulation de la matière sébacée dans les follicules.

L'*acne indurata* peut, sous ces deux formes, attaquer séparément le visage ou le dos. Il n'est pas rare de trouver des individus dont cette dernière région est semée de *cicatrices* qui sont les restes d'anciennes éruptions, et qui présentent une forme oblongue.

1.<sup>o</sup> *Acne sebacea*. — Indiquée pour la première fois par Bielt, cette variété a été mieux décrite avec soin par M. Cazenave (1). Elle est caractérisée par l'abondance extraordinaire du fluide sécrété. Ordinairement c'est à la face qu'on observe l'*acne sebacea*.

Au commencement, la *peau* devient *huileuse* dans les points affectés ; bientôt l'inflammation augmente ainsi que la *sécrétion folliculeuse* qui en est la suite. Répandu sur la surface cutanée, le *liquide sécrété* y prend de la consistance ; puis, par une accumulation successive, il forme une sorte de *couche* d'étendue variable d'un centimètre à deux, épaisse, grasse, jaunâtre.

D'abord molle, peu adhérente, cette couche ne tarde pas à se durcir, et l'on ne peut la détacher sans douleur. Quelquefois, surtout quand elle a le nez pour siège, qu'elle dure depuis quelque temps, elle prend une *couleur noirâtre* qui lui donne une apparence singulière. Dans certains cas, l'inflammation des follicules peut, selon MM. Cazenave et Schedel, être portée au point que le fluide sécrété s'altère et se rapproche du *liquide séro-purulent* des vésicules de l'eczéma.

4.<sup>o</sup> *Acne rosacea*. — Vulgairement désignée par le nom de *couperose*, cette variété, qu'on observe généralement dans l'âge mûr, a le nez pour siège de prédilection.

Après un léger excès de régime, quelquefois un simple repas, on voit cet organe prendre à sa pointe une couleur d'un *rouge violacé*. Cette rougeur devient bientôt habituelle et donne à la physionomie un caractère particulier.

De temps en temps apparaissent quelques *pustules* qui le plus souvent ne suppurent pas, et la rougeur s'étend et augmente d'intensité. Ces congestions renouvelées donnent au nez un *volume plus considérable*, une forme différente de celle qu'il avait auparavant. Sa surface se couvre de *lignes bleuâtres variqueuses* qui se détachent sur la couleur rouge ou violacée du fond.

Dans certains cas la maladie s'étend aux joues, au front, au menton, à tout le visage. La rougeur, qui est générale, est surtout prononcée là où existent des pustules : la *suppuration* ne s'y établit pas d'une manière franche, et il reste toujours une sorte d'*induration* au niveau de laquelle l'injection de la peau est plus marquée.

Après un certain temps, la *peau du visage* devient inégale, rugueuse, d'un aspect repoussant ; les traits sont plus ou moins altérés. La rougeur, qui est, en général, plus marquée le soir et après les repas, finit par prendre une teinte vio-

(1) *Traité des maladies du cuir chevelu*. Paris, 1850, in-8, p. 315.

lacée sur laquelle s'élèvent de nombreuses *pustules* qui s'en distinguent, et leur saillie, et par la couleur jaune de leur sommet.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Quelle que soit sa forme, l'acné a une *marche* lente et une *durée* toujours longue. Il faut en excepter quelques cas d'*acne simplex*, rares à la vérité; mais tout d'*acne sebacea*, dont la durée n'a pas dépassé deux ou trois septénaires. En général, l'acné persiste avec opiniâtreté, et la *couperose* se prolonge des années entières.

L'*acne indurata* peut être, dans certains cas, considéré comme une terminaison de la maladie. Quand celle-ci a duré longtemps, si elle disparaît, la peau n reprend jamais entièrement son état naturel : cela est surtout vrai pour l'*acne rosacea*. La guérison, quoique toujours difficile à obtenir, est une terminaison fréquente, principalement dans les variétés *simplex* et *sebacea*.

#### § V. — Diagnostic, pronostic.

*Diagnostic.* — Il est toujours facile, surtout pour l'*acne simplex* et l'*acne rosacea*. Les croûtes molles, huileuses, peu adhérentes, d'un jaune sale, noirâtres, de l'*acne sebacea*, ne sauraient être confondues avec les croûtes sèches, rugueuses, friables, d'un jaune ambré de l'*impetigo*.

L'élément *pustuleux* de l'acné le fera toujours distinguer des papules du *prurigo* dont le sommet excorié et croûteux pourrait quelquefois en imposer. On n'est pas plus embarrassé pour le *lupus*, qui, par la destruction des parties qu'il offre un caractère distinctif suffisant. Quant au *sycosis*, nous en donnerons plus de détail les signes distinctifs quand il sera question de cette affection.

*Pronostic.* — Si l'individu est jeune, la maladie récente, l'éruption légère, non entretenue par les causes qui l'ont fait naître, on peut espérer en guérir facilement : c'est ce qui arrive pour beaucoup de cas d'*acne simplex* et d'*acne rosacea*. Quant aux autres variétés, ordinairement plus rebelles, elles persistent quelquefois indéfiniment, et en général, on peut dire de l'acné, quelle qu'en soit la forme, que c'est une maladie difficile à guérir.

#### § VI. — Traitement.

S'il est vrai, comme l'indiquent les auteurs, que les différentes formes d'acné exigent chacune une médication particulière, il est néanmoins un certain nombre de moyens thérapeutiques qui sont communs à toutes.

1° *Traitement commun aux diverses espèces.* — Un régime simple et doux, l'usage habituel de boissons rafraîchissantes, la privation des alcooliques et des stimulants analogues, l'éloignement de toutes les causes qui peuvent appeler le sang à la tête, de temps en temps quelques révulsifs sur le canal intestinal, quelques vésicatifs aux extrémités, l'emploi de quelques topiques émollients, soit en pommades; enfin, si le cas l'exige, quelques émissions sanguines générales ou locales, tels sont les moyens qui constituent la base du traitement généralement employé. Dans les cas d'*acne simplex*, dans quelques cas d'*acne rosacea* et

t, ils peuvent suffire pour entraver la marche de la maladie et amener une guérison rapide. Mais dans la plupart des cas, le médecin est obligé de recourir à des moyens plus actifs; ce sont eux qu'il nous reste à exposer, et qui diffèrent suivant les diverses variétés de l'acné.

2° *Traitement de l'acne simplex*. — Dans les cas d'*acne simplex* où les pustules sont peu nombreuses, il n'y a réellement rien à faire; cependant leur persistance a engagé quelques praticiens à conseiller l'usage des lotions avec l'eau de son, l'émulsion d'amandes amères, la décoction de semences de coing. Les anciens faisaient, dans ces cas, un emploi fréquent de liniments dont la térébenthine, le vinaigre, le savon, la myrrhe, etc., etc., étaient la base. Nous manquons de faits pour apprécier l'efficacité de la plupart de ces moyens, presque tous abandonnés aujourd'hui.

M. Wilson (1) a réussi à faire disparaître cette affection à l'aide du collodion étendu sur les surfaces malades.

3° *Traitement de l'acne indurata*. — Dans l'*acne indurata*, la plupart des moyens ont pour but de résoudre les tubercules et d'imprimer à l'éruption chronique une marche plus aiguë. C'est ainsi qu'on a conseillé les lotions d'eau distillée de roses rouges, de petite sauge, de lavande, à laquelle on ajoute une proportion d'alcool qui varie selon le degré d'irritation de la surface malade. La solution suivante est préconisée par Bielt, MM. Cazenave et Schedel :

℞ Sublimé..... 25 à 30 centig. | Eau distillée..... 250 gram.

Pour lotions.

On peut, selon ces auteurs, y ajouter 30 grammes d'alcool rectifié.

La liqueur de Gowland, qui jouit en Angleterre d'une grande réputation, diffère peu de cette préparation. En voici la formule :

#### Liqueur de Gowland.

℞ Protochlorure de mercure. 1 décig. | Émulsion d'amandes amères. 200 gram.  
Sel ammoniac..... 1 décig. |

Pour lotions.

Les eaux sulfureuses, surtout celles de Barèges, d'Enghien, de Cauterets, etc., sont employées avec avantage en lotions et en bains; elles pourront également être données à l'intérieur.

Parmi les pommades dont on a vanté l'efficacité, nous citerons celle qui est composée d'un mélange de protochlorure ammoniacal de mercure à la dose de 1 à 2 grammes, avec 30 grammes d'axonge, et dont on fait des frictions répétées sur les parties indurées.

Bielt se servit avec succès, pendant plusieurs années, de la pommade avec l'iodure de soufre; il en a donné la formule suivante :

℞ Iodure de soufre. 0,80 à 1,50 gram. | Axonge..... 30 gram.

Pour frictions.

1) *The Lancet et Répert. de pharm.*, janvier 1849.



Les *bains*, mais surtout les *douches de vapeur aqueuse* dirigées pendant douze à quinze minutes sur la face, aident puissamment à la résolution des tubercules. Leur emploi est vanté par Biett, MM. Rayer, Cazenave et Schedel, etc. Il en est de même des *bains de vapeur* dans l'étuve humide, quand la maladie a son siège sur le dos, les épaules et la partie antérieure de la poitrine.

La *cautérisation*, l'application d'un *vésicatoire* sur les points affectés, dans le but de changer la vitalité des tissus, sont des moyens, sinon dangereux, du moins trop incertains dans leur emploi pour qu'on puisse les conseiller sans hésitation.

4° *Traitement de l'acne sebacea*. — L'*acne sebacea* a cédé plusieurs fois, dans les mains de Biett, au bout de quelques semaines, à l'emploi des *douches de vapeur* dirigées pendant quinze à vingt minutes sur les surfaces malades. Il secondait l'action de ce moyen par l'usage de *lotions* avec des *infusions* d'abord *narcoliques* et plus tard rendues *styptiques* par l'addition du *sulfate d'alumine* ou de quelques *acides végétaux*. Dans un cas, M. Cazenave (1) a modifié avantageusement l'*acne sebacea* datant de quatre ans, par l'emploi combiné des *sudorifiques*, des *bains*, des *douches de vapeur aqueuse*, des *lotions ammoniacales* et des *frictions* avec la pommade suivante :

℥ Iodure d'ammonium . . . . 1 gram. | Axonge . . . . . 30 gram.

Frictions trois fois par jour avec gros comme une fève de marais de cette pommade.

5° *Traitement de l'acne rosacea*. — Depuis longtemps on a reconnu l'impuissance de la thérapeutique dans le traitement de la *couperose*. » Dans l'*acne rosacea* disent MM. Cazenave et Schedel, toute la médication consiste dans les moyens hygiéniques. » L'emploi des topiques, si utiles dans l'*acne indurata*, est, selon les auteurs, beaucoup moins avantageux ici, et peut même devenir nuisible. Ils pensent que si quelquefois on est obligé de recourir aux *émissions sanguines*, il est préférable de s'adresser aux *saignées locales*; ils conseillent les *pédiluves intermittents*, comme auxiliaires utiles. Dans les cas où il y aurait quelques tubercules dolents, on pourrait, selon eux, avoir recours aux *douches de vapeur*, et même quelques légères *frictions* ou *lotions résolutes*.

Le docteur Rochard (2) a publié un mémoire contenant trois observations de guérisons obtenues à faire connaître l'efficacité de l'*iodure de chlorure hydrargyreux* en ointions contre la couperose; la proportion du composé médicamenteux est de 75 centigrammes pour 60 grammes d'axonge; une seule friction suffit dans la journée elle doit être limitée aux surfaces malades. On la renouvelle pendant deux ou trois jours pour la suspendre pendant le même temps et la reprendre ensuite.

Le *collodion* étendu sur la surface malade a eu de grands avantages dans plusieurs cas.

Quelle que soit la médication qu'on emploie, on doit, suivant tous les auteurs, insister longuement sur l'usage des agents thérapeutiques, l'acné étant de sa nature une maladie difficile à guérir.

(1) *Ann. des malad. de la peau*, p. 303. Paris, 1844.

(2) *Union médicale*, 27 décembre 1851.

## ADDITION A L'ARTICLE ACNÉ.

[*De l'acné varioliforme. — Définition.* — M. Bazin (1) définit l'acné varioliforme une affection des cryptes cutanés, caractérisée par l'hypertrophie de ces cryptes avec altération de la matière sébacée, qui, retenue dans les cavités folliculaires, détermine une tumeur à la peau ressemblant de tous points par son ombilication aux élevures vésiculo-pustuleuses de la variole.

*Nature.* — Cette définition indique la nature de l'éruption, mais n'exclut pas les interprétations émises sur ce sujet. Suivant M. Huguier, qui a remarqué quelques tumeurs d'acné varioliforme sur les organes génitaux de la femme, et qui désigne sous le nom d'ecdermoptosis cette affection folliculaire, elle est constituée par l'hypertrophie pure et simple des follicules sébacés qui, trouvant de la résistance dans les couches profondes et fibreuses de la peau, étaient repoussées au dehors. M. Huguier ne connaît qu'un traitement chirurgical à l'affection. Pour guérir, M. Bazin ne se fait pas chirurgien.

*Fréquence.* — L'acné varioliforme n'est pas rare, autant qu'on pourrait le croire ; seulement il a échappé longtemps parce que l'attention n'était pas appelée sur cette affection. Tous les médecins ont pu en voir quelques cas, ou tout au moins des traces cicatricielles d'un acné antérieur.

*Etiologie.* — Le sexe féminin prédispose peut-être à cette affection. L'âge semble déterminé ; les malades observés n'avaient jamais plus de trente ans. Le tempérament lymphatique, les conditions originelles ou acquises de la tuberculisation et de la scrofule, ont paru des *causes prédisposantes*.

*Siège.* — On l'observe sur toutes les parties du corps, mais surtout à la face et au cou ; quelquefois à la partie antérieure de la poitrine, d'autres fois aux organes internes.

*Symptômes. — Marche. — Evolution.* — Au début, on voit apparaître sur le corps, les mains, les membres inférieurs, par exemple, une petite éminence papuleuse presque imperceptible, qui se sent et ne se voit pas encore, aplatie, épidermique, semi-transparente et grossissant avec lenteur. A la loupe, on voit déjà un ombilic central, et le pourtour demi-transparent. En quelques semaines de l'hémisphère d'un grain de mil, l'engorgement folliculaire acquiert le volume d'un grain de chènevis ou d'un pois : alors c'est une tumeur arrondie, avec un cercle ombilical au centre. Ce point central est noir, gris-cendré ou blanc sale, formé quelquefois par une substance rugueuse qu'on voit sortir du follicule, soit spontanément sous forme d'appendice vermiforme, soit par une pression un peu forte entre les doigts. Ce point central, cet appendice n'est autre chose que la matière sébacée concrète qui remplit et distend le follicule. Quelquefois l'ombilic semble manquer ; mais à la loupe, on finit par le trouver sur le côté ou la partie inférieure du bouton.

Aucune démangeaison n'est accusée par les malades.

*Variétés. — Eruptions concomitantes.* — Le nombre des boutons est variable ;

(1) *Journal des connaissances médicales*, 1851.

on en a vu quarante sur le visage rassemblés sous forme *discrète* ou *cohérent* en général accompagner sur la même région ou dans des points isolés, les diverses variétés d'acné, *simplex*, *indurata*, *pustulata*.

*Terminaisons.* — La durée est variable, quelquefois indéfinie, quand les cules sont pleins de matière sébacée. Souvent les enfants les arrachent avec les ongles; le plus ordinairement ils disparaissent d'eux-mêmes. La guérison a lieu de deux manières: 1° par l'évacuation spontanée du follicule et son inflammation adhésive, inflammation qui va jusqu'à la formation de pus et d'une croûte, sucre d'orge, et d'une cicatrice consécutive; 2° par l'étranglement et la mortification du follicule laissant à sa place une eschare qui tombe et laisse une surface enfoncée, brisée, formant en quinze ou dix-huit mois une cicatrice des plus remarquables.

*Caractères des cicatrices.* — Elles sont gaufrées, rayonnées comme celle de la vaccine et de la variole, arrondies, à bords nets, comme taillés à pic, blanchâtres avec des dépressions multiples plus colorées que le reste de la dépression, du milieu desquelles on voit à la loupe sortir un poil. Ces dépressions paraissent représenter les couronnes de follicules sébacés qui entourent la base de chaque poil.

*Anatomie pathologique.* — En incisant verticalement la tumeur, on voit au microscope ou à la loupe: 1° la matière sébacée qui remplit le follicule avec aspect granuleux; 2° plus en dehors, la couche épithéliale de la paroi interne du follicule.

*Diagnostic.* — La ressemblance avec les pustules de la *variole* et de la *varioloïde* est extrême et a donné plus d'une fois le change; les prodromes et les symptômes généraux jugent ces deux maladies. La *verruë*, le *porreau* n'ont pas d'ombrage. L'acné syphilitique a une forme différente, un siège spécial et souvent une évolution toute spécifique.

Rétrospectivement les cicatrices de l'acné de date ancienne éclaireront sur la nature de l'acné identique qui viendrait à naître ailleurs, et distingueront cette affection des *brûlures*, de la vaccine, de la variole, de l'*ecthyma cachecticum*, du *rupia*, des *syphilides* et des *scrofulides*.

*Pronostic.* — Les cicatrices n'ont pas lieu ordinairement sur la face; le tronc, les membres et le dos en sont le plus souvent recouverts. Il y a là une difformité plutôt qu'une maladie. La période d'inflammation détermine quelquefois de vives souffrances.

*Traitement.* — Il est surtout local. Si l'acné est *simple*, huile de cade en lotions, et lotions alcalines. Si l'acné est compliqué d'inflammation éliminée par l'incision du sommet à la base du follicule enflammé; l'excision est plus douloureuse et laisse des taches.

*Traitement général.* — Modifier la constitution, amers, laxatifs, fer, et bains émollients, alcalins, sulfureux.

*Nature.* — Hypertrophie des follicules, avec éruption à la peau. L'inflammation est un caractère accessoire et non un phénomène nécessaire de l'acné.]

## ARTICLE V.

## SYCOSIS.

## § I. — Nature de la maladie.

[Nous devons aux recherches de M. Bazin (1) des idées tellement nouvelles sur le sycosis, qu'il nous semble inutile de reproduire les opinions antérieures. Comme nous l'avons déjà dit, avec cet auteur, en parlant de l'herpès tonsurant, tout le secret de la maladie est dans la présence d'un parasite végétal, le *trichophyton*.

Ce parasite détermine des altérations anatomiques différentes, suivant les régions de la peau : sur les points dépourvus de productions pileuses, il produit simplement l'herpès circiné ; sur le cuir chevelu, l'herpès tonsurant ; dans la région ouverte de barbe, le sycosis.

Là, en effet, le végétal pénètre dans le poil, se prolonge jusqu'au bulbe, qu'il altère et se répand ensuite dans la cavité folliculaire.

Cette cavité étant plus grande, plus vasculaire que celles du cuir chevelu, on comprend que les altérations doivent être plus développées que celles de l'herpès tonsurant. De là la formation de pustules, d'indurations papuleuses, d'engorgement inflammatoire désignés sous le nom de tubercules et même d'œdèmes, de furoncles, etc.

En conséquence, les dénominations d'éruptions papulo-pustuleuse et pustulo-tuberculeuse, conviennent très bien au sycosis, mais à la condition que l'on rattache ces lésions à la présence du parasite déjà désigné.

*Causes.* — Nous n'avons pas besoin de nous arrêter aux différentes causes qui ont été signalées par les auteurs, pas même à l'action irritante du rasoir, invoquée par M. Cazenave. Il n'y a qu'une cause effective du sycosis, l'introduction dans l'épaisseur du poil et dans le follicule des spores du *trichophyton* ; seulement, on doit évidemment considérer comme causes adjuvantes toutes les circonstances qui amènent la mise en rapport du poil et des sporules.

Ainsi donc, par le seul fait de l'emploi d'instruments qui ont été en contact avec une éruption de sycosis, on pourra contracter la même affection. En d'autres termes, le problème se réduit simplement à une question de contagion.]

## § II. — Symptômes.

Le nom de *mentagre*, sous lequel le sycosis est encore désigné par quelques auteurs, lui vient de ce qu'il affecte le plus souvent le menton. On trouve encore cette maladie décrite sous le nom de *sycosis menti* ; c'est la *dartre pustuleuse mentagre*, le *varus mentagra* d'Alibert.

Le sycosis est une maladie assez fréquente ; souvent confondue avec l'acné et l'impétigo, elle a dû le paraître moins qu'elle ne l'est en effet. Nous ne saurions dans l'état actuel de la science, donner une idée exacte de cette fréquence.

(1) *Considérations générales sur la mentagre et les teignes de la face*, 1834.

Le sycosis débute d'une manière insidieuse. Pendant des mois entiers et à de longs intervalles, on voit apparaître, aux points où il y a de la barbe, de *petits boutons* qui n'ont qu'une durée éphémère. Ces petits boutons sont ensuite remplacés par une petite *pustule*, qui ne fait que passer, mais dont les caractères doivent attirer l'attention; elle est acuminée et douloureuse; au bout de trois ou quatre jours, elle se rompt et laisse une *petite croûte* qui tombe sans laisser de trace de son existence. Une autre pustule apparaît bientôt, suit la même marche, puis affecte une durée plus longue, jusqu'à ce qu'enfin il survienne une éruption de plusieurs pustules, accompagnée d'un *sentiment de tension douloureuse* et d'une *rougeur* prononcée des tissus. A cette époque, on peut déjà constater dans ce groupe de pustules une petite *induration* à leur base.

Les *croûtes* produites par la suppuration de plus en plus abondante sont *plus épaisses*; elles sont *noirâtres*, sèches, peu adhérentes. A leur chute, on voit poindre de nouvelles pustules qui parcourent les mêmes phases que les premières. Bientôt on peut juger des progrès de l'inflammation, qui, s'étendant au tissu cellulaire sous-dermique, donne lieu à ces *engorgements tuberculeux* qui finissent par former de véritables *nodosités*. C'est dans ces cas que le menton est altéré dans sa forme; quelquefois ces tumeurs ressemblent en quelque sorte à des cerises, et donnent à la physionomie un aspect tout particulier.

A un degré plus avancé, l'inflammation peut amener la *chute des poils*, et même donner lieu à de *véritables abcès*. Le sycosis alors peut *se compliquer de pustules d'impétigo* qui masquent la maladie et rendent le diagnostic extrêmement difficile.

Le sycosis n'a pas son *siège* exclusif au menton; quelquefois, placé sous le nez, il est constitué là par une seule pustule qui se développe de la manière indiquée plus haut, et qui souvent s'y montre fort rebelle.

#### § V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il est bien rare que le sycosis offre une *marche* aiguë : dans des cas exceptionnels, la maladie peut durer de dix à quinze jours. Le plus souvent, cette marche est essentiellement chronique. La *durée*, qui est extrêmement variable, est en général très longue, et parfois indéfinie. Quand le sycosis se termine par la guérison, on voit les engorgements tuberculeux s'affaïsser peu à peu; les croûtes tombent, et les pustules, qui deviennent de plus en plus rares, cessent entièrement de paraître. Quand la maladie a duré longtemps, elle laisse souvent après elle des *empreintes rouges*, violacées, à la surface desquelles se fait une *exfoliation épidermique*. Le sycosis est une affection qui *récidive* fréquemment.

#### § IV. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic est en général facile. Le sycosis ne saurait être confondu qu'avec l'*acné* et l'*impétigo*. Voici à quels caractères on reconnaîtra ces diverses affections.

Les pustules du sycosis diffèrent de celles de l'*impétigo* en ce que les premières *sont discrètes*, acuminées, tandis que celles de l'*impétigo* sont plus larges, aplaties.

sont disposées en groupes. Les croûtes de l'impétigo sont larges, épaisses, jaunes, friables, humides; celles du sycosis sont sèches et brunâtres. Dans le cas où l'induration tuberculeuse s'ajoute à ces caractères, le doute n'est plus possible. Enfin la présence du *trichophyton* lève tous les doutes.

L'acné ne sera pas confondu avec le sycosis, si l'on se rappelle que ses pustules sont plus superficielles, plus enflammées, qu'elles suppurent très incomplètement, qu'elles ne donnent pas lieu aux croûtes particulières du sycosis, qu'elles sont suivies d'une induration moindre, et qu'enfin elles ont pour caractère essentiel d'être accompagnées d'une supersécrétion de matière sébacée.

En rappelant que le sycosis a son siège dans le follicule pileux, dans cette gaine qui entoure le poil jusqu'à sa sortie, ce qui explique sa prédilection pour l'homme, nous aurons complété les éléments du diagnostic de cette affection.

*Pronostic.* — Le sycosis n'est jamais grave par lui-même. Le médecin doit être prévenu de sa ténacité, et souvent de l'inefficacité absolue de la thérapeutique dirigée contre lui.

### § VI. — Traitement.

Dans le cas où le sycosis existe à l'état aigu, et lorsque dans le cours de son évolution il s'accompagne de tension douloureuse et de signes de congestion, tous les auteurs conseillent de recourir aux *antiphlogistiques*; les *saignées locales* hors du siège de l'éruption, et les *applications émollientes* fréquemment renouvelées, telles que lotions, cataplasmes de fécule; quelques *laxatifs* et une *tisane rafraîchissante*, sont les moyens qu'on peut employer avec le plus d'avantages. Ils sont toujours indiqués quand la maladie présente un certain degré d'acuité.

Une précaution qu'il ne faut jamais négliger dans le traitement du sycosis, c'est de supprimer l'emploi du rasoir; on fera couper la barbe avec des ciseaux.

Quand toute l'inflammation a disparu, on dirige le traitement contre les engorgements tuberculeux. Pour cela on a recours aux *douches de vapeur*, aux *topiques résolutifs*, en un mot aux moyens que nous avons indiqués avec détail dans le traitement de l'*acne indurata* (1).

[Nous rappelons que l'on a employé à l'intérieur l'eau de Vichy et les sudorifiques, des pommades au calomel, au protoiodure et au proton-itraté de mercure, l'iodure de soufre; que M. Broussonnet (2) emploie les bains gélatineux ou alcalins, les applications émollientes et narcotiques, puis le vésicatoire pansé avec une solution de nitrate d'argent, et qu'en même temps il fait une compression avec une plaque de plomb, mince et flexible, placée entre deux linges. Mais nous devons faire remarquer que ces moyens sont tous d'une efficacité secondaire, car il faut détruire le parasite. Cependant M. Bazin ne rejette aucun des moyens précédents, et fait remarquer surtout la nécessité d'éteindre tout état aigu avant d'employer les procédés propres à faire périr le *trichophyton*.

Selon cet auteur, cette indication doit être remplie par deux moyens: l'épilation et les agents parasitocides.

L'épilation, dit-il, produit une amélioration, mais elle exige une certaine habi-

(1) Voy. plus haut, art. ACNÉ, page 471.

(2) Bulletin gén. thér. et méd.-chir., Montpellier, 30 septembre 1851.



tude, parce qu'on est exposé à prendre pour des pustules mentagreuses les pustules ecthymatiques sans conséquence. En outre, il ne faut pas se borner à extraire les gros poils ceux qui traversent les pustules et les croûtes, puisque ce sont précisément les petits poils et ceux qui n'ont pas de pustules à la base que le chanignon affecte de préférence. Le *duvet* demande à être avulsé avec le plus grand soin.

Quant au choix d'une solution parasiticide, M. Bazin emploie sans préférence et sans exclusion le sublimé. Seulement il engage à ne pas élever les doses du mercuriel ; la salivation qui en est résultée deux fois l'a forcé d'interrompre le traitement. On n'a aucun accident à craindre en ne dépassant pas 1 gramme pour 500 grammes d'eau distillée. Ainsi formulé, ce liquide a d'ailleurs l'avantage de ne pas irriter les surfaces malades.]

## CHAPITRE V.

### AFFECTIONS PAPULEUSES.

Les affections papuleuses de la peau peuvent être rangées parmi les plus fréquentes. Elles ont été pendant fort longtemps confondues presque toutes sous les dénominations vagues de *boutons* et d'*éruptions*. Elles sont caractérisées par de petites élevures qui ne présentent pas de cavité, qui sont souvent de la même couleur que la peau, et souvent aussi d'un rouge peu foncé ; qui déterminent un prurit plus ou moins intense, et auxquelles on a donné le nom de *papules*.

Nous n'aurons à nous occuper, dans ce chapitre, que du *prurigo*, du *lichen* et du *strophulus*. La *syphilide papuleuse*, qui, dans quelques descriptions, a été rapprochée de ces affections, a trouvé sa place dans l'article consacré aux diverses syphilides.

### ARTICLE I.

#### PRURIGO.

Les anciens ont employé le mot *prurigo* (dérivé de *pruritus*) pour désigner une foule d'affections de la peau dont le seul caractère commun est la démangeaison qu'elles produisent. Willan, le premier, et ensuite Bielt, en ont fixé la signification en l'appliquant à une maladie essentiellement *papuleuse*. Aujourd'hui cette manière de voir est adoptée par tous les médecins qui se sont occupés des affections cutanées.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le *prurigo* est une maladie caractérisée par un prurit plus ou moins intense par des papules plus ou moins larges, sans changement de couleur de la peau isolées, distinctes, surmontées accidentellement d'une petite croûte noire centrée résultant d'une gouttelette de sang coagulé.

Cette affection, qu'on trouve encore désignée sous les noms de *pruritus*, *scabies puliformis*, est assez fréquente, surtout à l'état de médiocre intensité.

## § II. — Causes.

Le prurigo attaque tous les âges, mais on le rencontre principalement dans la seconde enfance et chez les vieillards. Les hommes en paraissent plus souvent atteints que les femmes. La misère, la malpropreté, les excès de toute sorte, tout ce qui, en un mot, exerce une action débilitante sur l'économie, est, suivant tous les auteurs, une condition favorable au développement du prurigo. Il en est de même du tempérament nerveux et de tout ce qui exalte la sensibilité de la peau. L'hérédité du prurigo est au moins douteuse ; sa nature contagieuse n'est pas admise aujourd'hui.

## § III. — Symptômes.

Les symptômes diffèrent selon le degré d'intensité de la maladie, d'où la division en deux variétés.

Dans la première, les papules apparaissent petites, bien isolées, peu saillantes, mais surtout la démangeaison qui les accompagne est modérée, supportable : c'est le *prurigo mitis* de Willan.

Dans la seconde, au contraire, les papules sont larges, nombreuses, aplaties, quoique cependant plus saillantes que les précédentes. Le prurit est extrême ; il augmente le soir, pendant le travail de la digestion, par la chaleur du lit. Les malades se grattent avec une sorte de fureur ; ils comparent les démangeaisons à la sensation que feraient éprouver des insectes, des fourmis rongant la peau. C'est cette variété qui a reçu de l'auteur anglais le nom de *prurigo formicans*. Dans cette dernière espèce, beaucoup plus que dans la précédente, on remarque au sommet des papules une petite croûte noirâtre. Ce caractère, très important pour le diagnostic, n'existe que par l'effet d'un petit suintement de sang produit par l'action des ongles, et coagulé au sommet de la papule.

Dans quelques circonstances, le prurigo s'accompagne de poux qui, en plus ou moins grand nombre, couvrent tout le corps ; c'est ce qui avait engagé Willan à qualifier un *prurigo pédiculaire*. Cette complication s'observe surtout chez les vieillards qui vivent dans la malpropreté et la misère ; aussi avait-on signalé également une variété de *prurigo senilis*. Cette distinction n'est pas fondée, puisqu'on rencontre des cas semblables à d'autres âges de la vie ; et d'ailleurs le prurigo, dans ces cas, ne diffère du prurigo ordinaire que par la présence des insectes et par la forme des papules qui sont plus larges, plus aplaties et moins nombreuses. Comme le fait remarquer M. Cazenave (1), c'est à cette forme qu'il faut rapporter les descriptions exagérées du prurit qui accompagne le prurigo.

## § IV. — Siège.

Le prurigo peut affecter toutes les parties du corps ; cependant on le rencontre plus fréquemment au cou, au visage ou aux membres, à la partie externe desquels

(1) *Dict. de méd.*, t. XXVI, 1842, art. PRURIGO.

il a son siège de prédilection. Le *prurigo des parties génitales* et le *prurigo podicis*, dont on a voulu faire deux variétés fondées seulement sur le siège, sont deux affections qui n'appartiennent pas au prurigo proprement dit, car elles manquent de l'élément essentiel qui constitue cette affection, c'est-à-dire la papule (1).

M. Cazenave, qui a attiré l'attention sur ce point (2), les regarde comme des lésions de la sensibilité, et les range dans ce qu'il appelle les *hyperesthésies de la peau*. Tout en reconnaissant la vérité des assertions de ce médecin, nous dirons ici quelques mots de ces deux affections, ne devant rien omettre de ce qui intéresse le praticien.

L'excessive démangeaison qui accompagne le *prurigo des parties génitales* en est le caractère principal ; chez la femme et chez l'homme, les organes extérieurs de la génération deviennent le siège d'une irritation permanente, entretenue par le grattage, auquel les malades ne peuvent résister ; les frottements répétés les portent souvent à des pratiques honteuses, et chez quelques femmes il existe une véritable nymphomanie. Lorry (3) a laissé de ces accidents un tableau frappant.

Le *prurigo podicis*, qu'on rencontre plus souvent chez l'homme, ne diffère du précédent que par son siège : les malades éprouvent autour des sphincters une démangeaison insupportable qui s'étend jusqu'à l'intestin, les prive de sommeil, et les plonge souvent dans un état d'agitation et d'anxiété affreuses.

#### § V. — Marche, durée, terminaison.

De temps en temps le prurigo est augmenté par des *exacerbations* d'intensité variable ; dans ces exacerbations, il survient une nouvelle éruption de papules et un redoublement de démangeaisons. Dans ces sortes de paroxysmes, les malades ne se contentent plus de leurs ongles pour se gratter, ils ont souvent recours à des corps durs et se déchirent la peau. Au bout d'un certain temps, par l'effet de ces exacerbations, le *tissu cutané est altéré profondément* ; il présente une *dureté* et un *épaississement considérables*. Il s'y développe quelquefois des éruptions pustuleuses, des furoncles, des abcès entremêlés de véritables cicatrices.

Dans les cas où l'affection est bénigne, elle peut disparaître au bout de deux ou trois septénaires ; il se fait alors une *légère desquamation* dans les points affectés. Souvent, au contraire, le prurigo a une durée fort longue, quelquefois même indéfinie.

La guérison, qui est la *terminaison* de la maladie dans un grand nombre de cas, est parfois impossible à obtenir ; et dans certains cas, heureusement fort rares, on a vu la santé s'altérer profondément, et le malade succomber à l'insomnie, à la fièvre et au marasme.

(1) Voy. t. V, *Prurit de la vulve*, p. 18.

(2) Voyez Chausit, *Traité élémentaire des maladies de la peau*, p. 361.

(3) *De morbis cutaneis*. Paris, 1777, in-4, p. 449.

## § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le prurigo est toujours facile à reconnaître au caractère du prurit qui l'accompagne, à la forme, à la couleur, à la disposition de ses papules, au siège qu'elles occupent.

On ne le confondra pas avec le *lichen*, dont les papules sont plus petites, agglomérées, le plus souvent rouges et enflammées, et non recouvertes à leur sommet de cette petite croûte noirâtre sanguine qu'on observe dans le prurigo. Ajoutons que le prurit est bien moins intense dans le lichen.

Les autres affections qui s'accompagnent de prurit seront toujours distinguées facilement du prurigo par l'absence de la papule qui caractérise cette dernière maladie. En outre, la vésicule et les croûtes lamelleuses de l'*eczéma* ne se retrouvent pas dans le lichen, et les vésicules, les sillons de la *gale*, le siège habituel de cette maladie, son mode de transmission, sont des signes qui ne permettront pas la confusion.

*Pronostic.* — Le prurigo ne constitue pas par lui-même une maladie grave, mais il devient une incommodité fâcheuse par sa ténacité et les accidents auxquels il donne lieu. Il a réellement une certaine gravité quand il existe depuis longtemps chez des individus dont la constitution est détériorée par l'âge, la misère, l'abus des excès.

## § VII. — Traitement.

Quand le prurigo affecte un individu jeune et bien portant, que l'éruption papuleuse est médiocre et le prurit supportable, quelques *bains frais*, l'usage, pendant un certain temps, de *boissons alcalines*, un *régime doux*, l'abstinence de tout excitant, suffisent en général pour faire disparaître la maladie. Lorsque l'affection existe à un degré plus élevé, on ajoute aux moyens précédents les *émissions sanguines* et l'emploi de quelques topiques dont nous ferons un peu plus loin connaître les principaux.

Le *traitement interne* acquiert une grande importance quand le prurigo se développe chez des individus dont la constitution est profondément débilitée. Dans ces cas, les *amers*, les *toniques*, les *ferrugineux*, le *soufre*, sont administrés à l'intérieur, et ces moyens sont secondés par un *régime fortifiant*, l'usage des eaux ferrugineuses, du *vin chalybé*, etc., etc.

Les *moyens locaux* se composent de bains, de lotions, de pommades. M. Cazeau pense qu'à moins d'une indication spéciale, on ne doit pas compter beaucoup sur les *bains de son*, de *gélatine*, d'*amidon*, en un mot, sur tous les *bains émollients*; il leur préfère les *bains alcalins*, et plus particulièrement encore les *bains sulfureux*. Il insiste d'ailleurs sur la température de ces bains : « Ce sont, dit-il, tout les *bains chauds*, à température élevée, qui calment le plus promptement les malades. Les *bains de mer*, les *eaux de Néris*, de *Plombières*, etc., seront conseillés avec avantage. Il en est de même des *bains* et des *douches de vapeur aqueuse* de 30 à 35 degrés Réaumur (1). »

(1) Pour tout ce traitement hydrothérapique, consultez le *Dictionnaire général des eaux minérales et de l'hydrologie médicale*. Paris, 1860, 2 vol. in-8.

Les *bains de sublimé*, les *fumigations mercurielles*, sont surtout prescrits dans le *prurigo pédiculaire*, et quand l'affection est ancienne et rebelle.

Parmi les *lotions*, celles qui sont faites avec des substances alcalines tiennent le premier rang ; celles qu'on fait avec l'*eau de savon*, la *décoction de jusquiame*, ont été souvent d'une utilité incontestable. Dans un cas où la maladie avait résisté à une foule de moyens, et occupait depuis longtemps la partie interne des cuisses et le scrotum, le docteur Barosh (1) employa avec un plein succès la lotion suivante :

℥ Iode.....	75 centig.	Eau distillée.....	150 gram.
Iodure de potassium....	40 centig.		.

Faites dissoudre ; ajoutez :

Alcool rectifié..... 30 gram.

Mélez exactement par agitation.

Des compresses imprégnées de ce liquide étaient appliquées pendant plusieurs heures matin et soir, et, dans l'intervalle, on prescrivait chaque jour un grand bain émollient. Après quatre semaines, le *prurigo* qui durait depuis cinq ans, disparut complètement.

Quant aux *pommades*, celles qu'on emploie de préférence sont les *pommades de borate de soude* (3 à 4 grammes pour 30 d'axonge), la *pommade camphrée* et la *pommade au goudron*. Voici la formule de cette dernière :

℥ Goudron.....	2 à 4 gram.	Axonge.....	30 gram.
----------------	-------------	-------------	----------

Mélez. Pour onctions matin et soir.

La *pommade d'Helmerich* est aussi fréquemment mise en usage.

Les *variétés* de *prurigo*, telles que le *prurigo des parties génitales* et le *prurigo podicis*, ne réclament pas de médication spéciale.

M. Rayer cite un cas de *prurigo pudendi* où l'emploi des *douches gélatino-sulfureuses* à 25 degrés Réaumur eut un plein succès : la malade prit vingt-cinq douches de dix à quinze minutes et guérit complètement. Dans un autre cas, cité par le même auteur, des *lotions gélatino-sulfureuses*, unies à l'usage de la *limonade nitrique*, des *bains tièdes* et des *émissions sanguines*, triomphèrent d'un *prurigo podicis* qui avait résisté à un grand nombre de médicaments, et en particulier aux onctions de cérat soufré.

Ces variétés de *prurigo*, que M. Cazenave range dans les *hyperesthésies de la peau*, doivent, selon ce médecin, être soumises à un traitement rationnel qui consiste dans l'emploi de quelques *antispasmodiques*, une *hygiène sévère*, l'*abstinence de tout stimulant*, en tête desquels il place le *poisson de mer*. « J'ai eu recours, dit-il, avec des résultats variés, aux *pilules de Méglin*, au *datura stramonium*, au *sulfate de cuivre ammoniacal*, etc. Dans ces derniers temps, j'ai obtenu plusieurs fois une modification véritable à l'aide du *sulfate de quinine*, continué pendant un ou deux septénaires, à la dose de 20 ou 50 centigrammes. Je l'admi-

(1) Voy. *Ann. des malad. de la peau*, t. I, p. 220. Paris, 1844.

rais à double titre, et comme antipériodique, et comme *hyposthénisant*. Mais c'est tout à l'aide des *préparations arsenicales*, de la *solution de Pearson*, de la *leur de Fowler* (1), que j'ai obtenu les résultats les plus complets, non pas seulement dans les hyperesthésies de la peau sans éruption, mais dans le prurigo, surtout dans les formes chroniques du lichen, si rebelles et si graves. »

On voit que, dans ce traitement du prurigo, comme, au reste, dans celui de ces les affections cutanées, on n'a pas de règle bien fixe, et l'on a recours, sans avoir toujours un motif bien évident, à des moyens très divers. Mais c'est une réaction qu'il faudrait faire à chaque instant, parce que la thérapeutique des maladies de la peau n'a pas encore été établie sur des recherches suffisamment étendues.

## ARTICLE II.

### LICHEN.

En rangeant définitivement le lichen dans la classe des affections papuleuses, on a fait cesser la confusion qui régnait dans les écrits des anciens auteurs relativement à ce mot, et aussi dans ceux de quelques auteurs modernes, tels que Sauvages, Lorry, Alibert. Bielt a conservé à cette dénomination le sens que lui a donné le pathologiste anglais ; ceux qui sont venus après lui ont adopté la même manière de voir.

Willan admettait six espèces de lichen, désignées sous les noms de *lichen simplex*, *lichen pilaris*, *lichen circumscriptus*, *lichen agrius*, *lichen lividus*, *lichen vicius*. Bateman y a ajouté le *lichen urticatus*. De toutes ces divisions, fondées sur des caractères spécifiques, nous ne conserverons que les deux formes bien tranchées du *lichen simplex* et du *lichen agrius*, rattachant à ces deux variétés toutes les autres que nous venons d'énumérer.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le lichen est une maladie caractérisée : 1° par l'éruption simultanée ou successive de papules le plus ordinairement petites, agglomérées, conservant quelquefois la couleur de la peau, mais présentant, dans le plus grand nombre des cas, une éruption plus ou moins rouge ; 2° par des produits d'inflammation, tels que l'ulcération, la sécrétion d'un liquide séro-purulent, etc. ; 3° par un prurit plus ou moins considérable.

Fréquemment confondu avec d'autres affections prurigineuses, le lichen a été désigné sous des dénominations diverses, déjà indiquées dans la description de plusieurs autres affections, et qu'il serait trop long d'énumérer ici. Aujourd'hui que la signification est bien établie, les auteurs s'accordent à le regarder comme une maladie fréquente.

#### § II. — Causes.

##### 1° Causes prédisposantes.

Les causes du lichen, comme l'observe Bielt (2) sont très difficiles à détermi-

1) Voy. *Bull. de l'Acad. de méd. Paris*, 1844, t. IX, p. 1827.

2) *Dict. de méd.*, t. XVIII, art. LICHEN.



ner; on ne peut donc qu'indiquer d'une manière générale les conditions dans lesquelles il paraît se développer plus particulièrement.

On observe le lichen à tout âge; la variété indiquée par Bateman, sous le nom de *lichen urticatus*, serait, selon cet auteur, particulière à l'enfance. Les femmes en paraissent moins souvent atteintes que les hommes. Nous ne savons rien de positif sur l'influence des tempéraments et des saisons; cependant quelques auteurs admettent que le printemps et l'été sont plus favorables à son développement.

Les individus adonnés aux boissons alcooliques sont, dit-on, les plus exposés au *lichen agrius*. Quelques professions, dans lesquelles certaines parties du corps sont sans cesse en contact avec des agents irritants, paraissent prédisposer au lichen. On a également placé parmi les causes de cette affection les écarts de régime, auxquels on a accordé une influence marquée sur la production de toutes les maladies cutanées.

## 2° Causes occasionnelles.

Ce sont toutes celles qui exercent une action directe sur la peau : l'insolation, l'exposition à un foyer ardent (chez les forgerons, les cuisiniers, etc.), le contact habituel de matières irritantes, pulvérulentes. « C'est ainsi, dit M. Gibert (1), que la gale des maçons, des épiciers, des cordonniers, etc., est ordinairement un lichen. » Nous ne connaissons guère les autres causes déterminantes de cette affection.

## § III. — Symptômes.

1° *Lichen simple aigu*. — De petites papules, de la grosseur d'un grain de millet, agglomérées, rouges, accompagnées d'un sentiment de prurit et de chaleur incommode, mais supportable, apparaissent à la surface de la peau. Après quelques jours, la rougeur diminue, les papules s'affaissent, et la démangeaison s'éteint graduellement. Au bout d'un ou de deux septénaires, une légère desquamation indique que l'affection est terminée.

Tel est, dans sa forme la plus bénigne, le *lichen simplex*, maladie du reste assez rare et toujours légère. Suivant Willan, cette éruption est toujours précédée de symptômes fébriles; mais M. Cazenave (2) n'a vu apparaître des symptômes généraux que dans les cas où l'éruption était très étendue; c'est aussi ce qu'avait observé Bielt.

2° *Lichen simple chronique*. — Au lieu d'affecter cette marche rapide, le lichen, le plus souvent, reste stationnaire pendant un long espace de temps, ou bien se prolonge par une succession d'éruptions nouvelles, ce qui constitue le *lichen simple chronique* : affection beaucoup plus commune que celle que nous venons de décrire, et que nous avons appelée *lichen simple aigu*.

Dans le lichen simple chronique, les papules sont peu ou ne sont point enflammées; elles conservent la couleur de la peau, et consistent en de petites saillies surtout appréciables au toucher. Le doigt, promené sur l'éruption, perçoit la sensation

(1) *Traité prat. des malad. de la peau*. Paris, 1839, in-8.

(2) *Ann. des malad. de la peau*, 2<sup>e</sup> vol., p. 38.

on de petits corps durs dont la peau serait comme hérissée. Celle-ci, quand la maladie dure depuis un certain temps, subit un *épaississement* plus ou moins considerable, et souvent se couvre d'une *exfoliation* assez abondante.

Le siège le plus ordinaire du lichen simple, quand il est aigu, est le cou et le visage : à l'état chronique, on le rencontre plus particulièrement au bras et au dos de la main.

1° *Lichen agrius*. — Dans cette forme, qui peut se développer primitivement ou succéder au *lichen simplex*, l'éruption prend un haut degré d'intensité (d'où le nom d'*agrius* : *ἀγρίος*, *ferus*), et se présente avec des caractères particuliers. Sur une surface érythémateuse apparaissent réunies un grand nombre de *petites papules* très rouges, très enflammées ; elles sont saillantes, comme acuminées, dures ; elles s'accompagnent d'une *chaleur ardente*, d'une tension douloureuse, d'une cuisson mêlée de démangeaisons.

Puis l'inflammation s'accroît, le volume des papules augmente, et leur sommet devient le siège de *petites ulcérations* à la surface desquelles se produit un *liquide opaque-purulent* qui se concrète et se convertit en *petites croûtes*. Celles-ci sont d'une couleur verdâtre, rugueuses, proéminentes ; elles adhèrent à peine et reposent sur des surfaces chagrinées et séparées par des intervalles où la peau apparaît comme hérissée de papules (Cazenave). Quelquefois, au bout de deux septénaires, l'inflammation cède graduellement, et tout se termine par une *desquamation légère*. Dans le plus grand nombre des cas, des éruptions et des ulcérations nouvelles retiennent et prolongent la maladie : on voit successivement les *squames* et *croûtes* se remplacer. Au moment de ces exacerbations, le prurit devient intolérable et jette les malades dans un état nerveux insupportable. A la fin, la peau *paissit* et prend une teinte jaunâtre remarquable qui frappe les yeux exercés. Le *lichen agrius*, avec les caractères de gravité que nous venons de décrire, se rencontre le plus souvent au visage, où parfois il fait naître un gonflement qui en altère les traits. Il peut aussi occuper toute la surface cutanée ; souvent concentré aux ongles et surtout à la face dorsale des doigts, il atteint la matrice de l'ongle qui est déformé, rugueux et friable.

2° *Variétés*. — Telles sont les deux formes principales qui constituent le lichen ; nombreuses variétés qu'on a admises rentrent dans la description que nous venons de donner. Il nous suffira d'ajouter que, dans le *lichen pilaris*, les papules se trouvent à la base des poils, et le prurit est des plus intenses ; que le *lichen lividus*, qu'on ne rencontre que chez les individus faibles, à constitution détériorée, est ainsi nommé à cause de la teinte pourprée, mélanique qu'offrent les papules. La disposition en rubans arrondis et formant des cercles a reçu de Bielt les dénominations de *lichen gyratus*, et la disposition en groupes a été appelée par Willan *lichen circumscriptus*. Quant au *lichen urticatus* de Bateman, il n'a de particulier que ses papules plus larges et plus rouges que celles du lichen simple, plus saillantes et plus arrêtées que les élévations de l'urticaire. Je ne ferai que mentionner le *lichen tropicus*, variété propre au climat des tropiques, et dont le lecteur pourra se faire une idée dans l'ouvrage de Cleghorn (1).

1) *On the diseases of Minorca*. London 1779.

## § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Comme on l'a vu par la description des symptômes, le lichen, dans sa forme légère et dans sa forme intense, peut avoir une *marche* rapide; dans ces cas, la maladie ne dure pas au delà de deux ou trois septénaires, et la guérison survient à la suite d'une légère exfoliation épidermique.

Mais le plus souvent la durée du *lichen simplex* et du *lichen agrius* est prolongée; elle est entretenue par une succession plus ou moins nombreuse d'éruptions de papules, qui sont autant d'états aigus et prolongent la maladie pendant des mois et des années.

La guérison cependant est la *terminaison* la plus fréquente. Bielt admettait dans certains cas, la transformation du lichen en *impétigo*.

Après la disparition du mal, la peau conserve une épaisseur et une fermeté remarquables, ce qui lui donne, comme le fait observer cet auteur, un aspect analogue à celui qu'elle offre dans quelques cas d'*ichthyose* peu considérable.

## § V. — Diagnostic, pronostic.

*Diagnostic.* — Des boutons pleins, solides, des *papules* développées le plus ordinairement à la face externe des membres et accompagnées de prurit, rappelleront toujours à quelle classe il faut rapporter la maladie. Quant au *prurigo*, on le distingue du lichen parce que ses papules sont plus larges, aplaties, ont leur sommet déchiré et recouvert d'une petite croûte sanguine noirâtre. Le prurit du *lichen simplex* est plus souvent léger; il est âcre et brûlant dans le *prurigo*.

Nous avons donné à l'article *Eczéma* les caractères qui distinguent les *vésicules eczémateuses* à l'état chronique, du *lichen agrius*, et, dans la description de l'*herpès*, ceux qui distinguent l'*herpès tonsurant* du *lichen circumscriptus*; nous nous contenterons d'y renvoyer le lecteur.

Quant au *lichen urticatus*, on ne le confondra pas avec l'éruption ortiée (urticariaire), si l'on se rappelle que, dans celle-ci, les élevures cutanées sont plus épaissies, que leur durée est fugace, que leur surface est plate, quelquefois allongée cylindrique, semi-lunaire.

Dans un certain nombre de cas, le diagnostic du *lichen agrius* offre quelque difficulté: c'est surtout quand les papules nombreuses, agglomérées, sont tellement confluentes, qu'il est impossible de les reconnaître; mais en cherchant avec attention, il est rare qu'on ne trouve pas, sur le bord des plaques, des papules dont la présence lève tous les doutes.

*Pronostic.* — Le lichen n'est pas une maladie grave, mais c'est le plus souvent une incommodité fâcheuse en raison de sa ténacité et des récidives qui sont si fréquentes. Son siège à l'anus et aux parties génitales lui donne un caractère de gravité sur lequel nous avons insisté à l'occasion du *prurigo* de ces parties.

## § VI. — Traitement.

Le traitement du lichen a une grande analogie avec celui du *prurigo*; la plupart des moyens indiqués à l'occasion de cette dernière affection sont applicables

ien. Ainsi les *antiphlogistiques*, les *émollients*, les *alcalins*, les *antispasmodiques*, les *narcotiques*, sont conseillés dans le lichen comme dans le prurigo, l'on a joint à ces moyens le *sulfate de quinine* et les *préparations arséniales*.

Mais il est quelques indications particulières qu'il est nécessaire de signaler, et par elles que nous compléterons le traitement de cette affection.

*Traitement du lichen agrius.* — « Il faut, dit M. Cazenave, avoir recours aux *émissions sanguines*, aux *fomentations*, aux *lotions mucilagineuses*, aux *bains émollients*, aux *boissons acidulées*. » Cet auteur veut qu'on borne l'emploi des émollients à l'état aigu; à part ce cas, il a trouvé que la peau les supportait mal, qu'ils semblent augmenter sa sensibilité déjà exagérée.

Les *lotions alcalines* et *mercurielles* seront employées avec avantage, ainsi que les *bains* de même nature. Les auteurs s'accordent, dans ce cas, à proscrire les *bains sulfureux*; ils insistent également, comme dans toutes les formes intenses rebelles, sur l'*observation rigoureuse des principes de l'hygiène*. Les *acides uréaux* pris à l'intérieur sont aussi vantés par la plupart d'entre eux.

Selon M. Cazenave, l'emploi des *pommades* est rarement utile dans le traitement du lichen. Néanmoins on a mis en usage celles que nous avons fait connaître dans le traitement du prurigo, telles que les *pommades alcaline*, *au goudron*, etc., etc.

Gibert a conseillé la suivante :

℞ Deutoxyde de mercure... 4 gram.	Axonge ..... 32 gram.
Camphre ..... 0,75 gram.	

Dans les cas où le lichen est très ancien, M. Rayet dit s'être servi avec avantage de la pommade suivante :

℞ Calomel ..... 4 gram.	Axonge ..... 30 gram.
Camphre ..... 0,80 gram.	

Il dit aussi avoir quelquefois fait cesser le prurit en cautérisant légèrement la peau avec le *nitrate d'argent* ou à l'aide de *lotions vinaigrées*. C'est dans ce même but que M. Baumès (1) conseille une compression forte et égale avec une plaque de plomb, ou seulement avec des bandes sur la partie affectée.

Quant aux *bains*, leur emploi dans le traitement du lichen reçoit de fréquentes indications; c'est surtout aux *bains alcalins* et aux *bains de vapeur* qu'on a eu le plus de succès. Dans un certain nombre de cas, les bains pris aux sources d'Enghien, de Louèche, de Schninznach ont procuré des guérisons remarquables. C'est particulièrement dans les formes chroniques, et quand l'inflammation locale est légère, qu'on peut conseiller l'emploi de ces moyens.

M. Bazin (2), qui emploie l'*huile de cade*, la regarde comme très efficace contre le *lichen agrius*, qui cède comme par enchantement aux frictions faites tous les jours sur toute l'étendue des surfaces malades avec un gros pinceau de chanvre trempé d'*huile de cade* pure.

(1) *Nouvelle dermatologie*. Lyon, 1842, t. I, p. 332.

(2) *Bull. gén. de thérap.*, 30 décembre 1851.

*Traitement du lichen circumscriptus.* — « Lorsque, dit M. Bauminès, l'éruption est isolée, et forme une plaque ou plusieurs plaques éparses, délimitées, à papules agglomérées, on peut essayer l'application d'un *vésicatoire* sur la plaque unique ou de *plusieurs vésicatoires successifs* sur les diverses plaques. Après avoir enlevé la vessie, on *panse la surface dénudée avec la pommade au nitrate d'argent*. C'est un moyen auquel j'ai dû des succès remarquables, surtout au visage et sur le dos des mains. »

Selon MM. Cazenave et Schedel, Bielt a souvent employé avec succès dans le *lichen agrius*, et quelquefois même dans le *lichen simplex chronique*, les *pilules asiatiques* : il en faisait prendre au malade une par jour pendant un mois et plus. En voici la composition :

℥ Acide arsénieux.....	0,05 gram.	Gomme arabique.....	0,10 gram.
Poivre noir.....	0,60 gram.	Eau.....	Q. s.

Triturez pendant longtemps l'acide et le poivre ; ajoutez la gomme et l'eau, et faites une masse à diviser en douze pilules.

### ARTICLE III.

#### STROPHULUS.

Nous décrivons à part cette espèce d'affection papuleuse, bien que quelques auteurs l'aient comprise dans l'histoire du lichen, en en faisant une simple variété (*lichen strophulus*). Le strophulus est une maladie propre à la première enfance ; il a quelques caractères spéciaux, et sa fréquence est assez grande.

Le strophulus est une maladie caractérisée par une éruption plus ou moins étendue, quelquefois générale, de papules ou plus blanches ou plus rouges que le reste de la peau, siégeant habituellement à la face, et accompagnées de démangeaisons plus ou moins vives.

Connu vulgairement sous le nom de *feux de dents*, de *boutons*, de *rougeurs*, le strophulus coïncide, dans la presque totalité des cas, avec l'époque de la *première dentition*. C'est là tout ce que nous savons sur l'étiologie de cette affection.

La division adoptée par Willan en plusieurs espèces distinctes par la couleur et la disposition de l'éruption, mérite d'être conservée, parce qu'elle sert de base au diagnostic.

*Strophulus intertinctus.* — Ses papules, d'un rouge vif, situées le plus communément sur les joues, les avant-bras, le dos de la main, sont remarquables en ce qu'elles sont entremêlées de *points* ou de *plaques rouges* plus ou moins étendues : véritables *taches érythémateuses* qui ne font pas saillie au-dessus du niveau de la peau.

*Strophulus confertus.* — Dans cette variété, l'éruption s'étend et devient confluyente.

*Strophulus volaticus.* — Quelques petites plaques arrondies, qui deviennent le siège de papules d'un rouge vif, se développant sur différents points du corps et disparaissant avec rapidité, constituent cette forme dont la durée est éphémère.

*Strophulus albidus.* — Ses papules sont plus blanches que le reste de la

veau; en outre, elles sont petites et peu nombreuses. Elles sont entourées, à leur base, d'une *aréole rouge*. Elles occupent surtout la face, le cou, la poitrine.

*Strophulus candidus*. — Plus largement-développées que dans la variété précédente, les *élevures* ne présentent pas d'inflammation à leur base.

Dans la plupart des cas, et quelle que soit la forme de l'éruption, le strophulus ne s'accompagne d'aucun mouvement fébrile, si ce n'est peut-être dans la variété *strophulus volaticus*, dans laquelle on observe aussi parfois quelques nausées et un peu de dévoiement.

Comme on le voit, le strophulus est toujours une maladie bénigne. Sa *durée* varie de trois ou quatre jours, à un ou deux septénaires.

Il suffit pour le *diagnostic* de rappeler que, dans la majeure partie des cas, le strophulus est lié au travail de la dentition. Cette circonstance, en effet, le fera distinguer des autres affections papuleuses avec lesquelles on pourrait le confondre.

Dans la plupart des cas, le strophulus ne réclame pas de traitement particulier. Quelques *lotions avec de l'eau tiède ou du lait*, quelques *bains simples ou émollients* donnés à une douce température, suffisent le plus souvent pour faire disparaître promptement l'éruption. Dans quelques cas, on a modifié avantageusement le régime alimentaire, en donnant à l'enfant une autre nourrice; mais cette précaution est rarement nécessaire.

## CHAPITRE VI.

### AFFECTIONS SQUAMEUSES.

Les affections squameuses sont généralement moins fréquentes que celles dont il a été question jusqu'ici, mais, d'un autre côté, elles ont souvent plus d'importance à cause de la difficulté qu'on éprouve à les faire disparaître. Elles méritent, à ce dernier titre, toute notre attention.

M. Rayer (1) a tracé très nettement les caractères des affections squameuses; nous lui empruntons le passage suivant :

« Les affections squameuses, dit-il, se reconnaissent à des lamelles ou à des plaques d'épiderme altéré, desséché ou d'un blanc mat, qui, après leur chute, ne tardent pas à être reproduites : la peau, au-dessous d'elles, est toujours plus ou moins enflammée. Les squames sont précédées de taches rouges ou d'élevures papuleuses dont le sommet est couvert d'une petite écaille. »

On a rangé parmi les affections squameuses, le *psoriasis*, la *lèpre*, le *pityriasis*, l'*ichthyose*, la *pellagre* et la *syphilide squameuse*. Nous ne traiterons dans ce chapitre que des trois premières affections que nous venons d'indiquer. Les nouvelles recherches sur la pellagre exigent, en effet, qu'on lui consacre une description particulière; nous ferons l'histoire de cette maladie dans un chapitre, et quant à la syphilide squameuse, elle a été étudiée dans le chapitre consacré aux syphilides (2).

(1). *Traité théor. et pratiq. des malad. de la peau*. Paris, 1835, t. II, p. 110.

(2) Voyez t. I<sup>er</sup>, p. 455.



ARTICLE I<sup>er</sup>.

## PSORIASIS.

Employé par les anciens pour désigner tantôt des dartres humides, tantôt des dartres sèches, le mot *psoriasis* a été définitivement consacré par Willan et Biett à une affection squameuse de la peau. Bateman a décrit les quatre variétés suivantes: 1° *psoriasis guttata*; 2° *psoriasis diffusa*; 3° *psoriasis gyrata*; 4° *psoriasis inveterata*. M. Rayer a admis cette division.

## § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le psoriasis est une affection chronique de la peau, caractérisée par des plaques plus ou moins étendues, irrégulières, saillantes, recouvertes de squames minces, sèches, d'un blanc chatoyant.

Mentionné plutôt que décrit par quelques auteurs sous le nom de *psora* et de *scabies sicca*; le psoriasis a été aussi désigné sous les noms de *dartre sèche*, *dartre squameuse*. Alibert avait imposé la dénomination de *dartre squameuse lichénoïde* à une des principales formes de cette affection.

La fréquence du psoriasis est grande. D'après le relevé de M. le docteur Marcel, cité à l'article *Eczéma* (1), cette maladie est entrée pour un huitième dans la totalité des cas admis dans le service de M. Devergie.

## § II. — Causes.

## 1° Causes prédisposantes.

*Age.* — M. Cazenave (2) qui, sous le rapport de l'étiologie, a étudié comparative-ment le psoriasis et la lèpre, s'exprime ainsi: «L'un et l'autre apparaissent à tous les âges, mais à beaucoup près dans des proportions différentes: ainsi est-il très rare de voir une éruption squameuse se manifester pour la première fois après cinquante ans. Il est plus ordinaire de l'observer dans l'enfance, mais c'est de quinze à vingt-cinq ans qu'on l'observe le plus souvent. Sur cinquante malades, le psoriasis et la lèpre ont paru vingt-trois fois de quinze à vingt ans; vingt fois de vingt à trente; cinq fois de trente à quarante, deux fois passé quarante ans. Du reste, c'est surtout le psoriasis que l'on trouve chez les vieillards.»

Le sexe ne paraît pas avoir d'influence sur le développement du psoriasis; il en est de même des saisons; suivant les auteurs, le tempérament lymphatique semble y prédisposer, mais les recherches sont insuffisantes sur ce point.

## 2° Causes occasionnelles.

Ni le psoriasis, ni la lèpre ne sont contagieux. Dans un certain nombre de cas, on a attribué l'apparition ou le retour du psoriasis à l'usage de certains aliments,

(1) Voy. plus haut, art. ECZÉMA, t. V, p. 394.

(2) Ann. des malad. de la peau, t. I, p. 133. Paris, 1844.

aux boissons alcooliques, à des écarts hygiéniques, à des émotions morales, à l'humidité. Quant à cette dernière cause, M. Cazenave a observé quelques cas dans lesquels elle a paru avoir une influence évidente, et, comme il le fait remarquer, l'éruption débutait alors sur les points les plus exposés à l'humidité. Voici d'ailleurs à quel résultat cet auteur a été conduit par l'analyse des faits : « Sur cinquante cas, dit-il, de psoriasis et de lèpre, six fois nous avons trouvé des raisons probables de croire à l'hérédité ; six fois ces maladies ont semblé avoir été déterminées par des influences accidentelles capables de modifier profondément la peau ; par la variole, par des fièvres intermittentes. Trois fois elles ont été attribuées à l'ivrognerie, sept fois à l'humidité, vingt-huit fois il a été impossible de saisir une cause occasionnelle, même probable. »

Il faut donc, avec M. Cazenave, invoquer un état particulier de la peau, état qui peut être héréditaire ou acquis, et dont les causes réelles sont encore inconnues.

### § III. — Symptômes.

On peut rattacher à trois types principaux les différentes formes sous lesquelles se présente le psoriasis : 1° un *psoriasis guttata* ; 2° un *psoriasis diffusa* ; 3° un *psoriasis inveterata*. Nous mentionnerons ensuite quelques particularités relativement au siège, afin de compléter ce qui a rapport à la symptomatologie de cette affection.

1° *Psoriasis guttata*. — Au début, ce sont de *petits points rouges*, distincts, saillants, qui de bonne heure se couvrent, au centre, d'une *légère* écaille sèche et blanche. Ces points s'élargissent et ne dépassent guère les dimensions d'un centimètre ; ils sont répandus ordinairement sur de grandes surfaces ; isolés, discrets, ils présentent une petite *squame* d'un blanc chatoyant, le plus souvent très brillant : on croirait des gouttes de liquide projetées à la surface cutanée, d'où le nom de *psoriasis guttata*. Cette variété, qu'on rencontre le plus ordinairement à la partie postérieure du tronc et à la face externe des membres, s'accompagne généralement d'un peu de prurit.

Dans quelques cas assez rares, les petites plaques du *psoriasis guttata* sont rapprochées et disposées de manière à affecter des formes plus ou moins bizarres, comme rubanées : c'est le *psoriasis gyrata* des auteurs.

M. Cazenave en cite un cas où l'éruption présentait à la région épigastrique un motif de chiffre parfaitement régulier.

2° *Psoriasis diffusa*. — Dans cette forme, qui est la plus commune, le psoriasis débute par des *surfaces* plus ou moins larges, irrégulières, qui deviennent bientôt rugueuses, sèches, et se couvrent de *squames*. Celles-ci sont minces, grisâtres, adhérentes, et tombent lentement. Si on les détache, on trouve la surface sous-jacente un peu rouge, mais le plus souvent d'un rouge terne, déjà plissée, bientôt grise, puis sèche, puis enfin écailleuse de nouveau.

Le *psoriasis diffusa* peut se présenter sur une foule de points à la fois ; quelquefois il est *général*. Son *siège* de prédilection est aux membres, surtout au voisinage des articulations, aux coudes, aux genoux. Dans quelques cas, assez rares du reste, la maladie *consiste seulement* dans un très petit nombre de plaques ; dans d'autres, elle *envahit une énorme surface*, un membre tout entier par exemple.

3° *Psoriasis inveterata*. — Dans certains cas, la maladie fait des progrès lents, mais continuels; les squames deviennent plus sèches, plus abondantes; la peau qu'elles recouvrent s'épaissit, se gerce dans tous les sens. Les *sillons* qui en résultent sont si rapprochés, qu'on n'aperçoit plus en quelque sorte de squames, mais à leur place une *poussière farineuse* qui tombe avec une extrême abondance et se reforme très rapidement.

Arrivé à ce degré, le psoriasis donne à la peau qu'il envahit un aspect tout particulier. Sa surface ressemble à une masse squameuse : c'est une *enveloppe*, un étui rugueux, saillant, épais, inégal, profondément sillonné, qui quelquefois enferme un membre tout entier.

Les moindres mouvements produisent des *déchirures avec écoulement de sang*. C'est dans ces cas qu'on voit les *ongles* présenter une altération profonde; ils deviennent cassants, ternes, puis jaunissent, se recourbent ou se brisent, et tombent. Ils sont remplacés par de petites masses écailleuses tout à fait informes. Cet accident, qui a lieu surtout quand la maladie occupe les mains et l'extrémité des doigts, peut également survenir quand elle a son siège dans un point éloigné.

C'est alors que les malades sont souvent tourmentés par des *démangeaisons insupportables*, démangeaisons augmentées par la chaleur du lit, le travail de la digestion, un changement atmosphérique.

#### § IV. — Siège de la maladie.

Indépendamment des points de prédilection où se développe le psoriasis, tels que les membres et le voisinage des articulations, du côté de l'extension, il est certaines parties du corps où il peut se montrer et rester limité, et où il prend une physionomie particulière en raison du siège qu'il occupe. Voici ce que l'observation nous apprend à cet égard.

Le *psoriasis palmaire* est une variété très commune. Comme son nom l'indique, il occupe la paume de la main. La maladie commence par un point ordinairement très petit, suit une marche excentrique, envahissant de proche en proche une étendue plus ou moins grande; la peau se fendille, se couvre de gerçures profondes, surtout à la face interne des doigts, qui acquièrent une certaine roideur. En même temps il existe une chaleur et une cuisson plus ou moins vives. Les squames, minces, blanches, sont très étendues, surtout apparentes à leur circonférence; le centre, où elles sont rares, plus petites et plus adhérentes, est le plus souvent rouge, dur, épaissi.

C'est dans ces cas que les ongles finissent par s'altérer et subir les modifications indiquées à l'occasion du *psoriasis inveterata*. Toutefois, le plus souvent, le mal se présente à un degré moins élevé; les ongles se ternissent seulement et deviennent inégaux, rugueux, quelquefois comme piquetés, jusqu'à ce que l'amélioration survienne : alors on les voit repousser à la racine, unis et d'une teinte rougeâtre.

Au *prépuce*, le psoriasis détermine des gerçures et un rétrécissement qui amène tous les accidents du phimosis.

Aux *lèvres*, il forme un cercle squameux, et donne à la bouche un aspect *froncé* très remarquable. Sous l'influence des contractions de l'orbiculaire, il s'opère une foule de gerçures rayonnées.

Le psoriasis borné aux *paupières* s'y manifeste par des squames légères qui, au bout de quelque temps, se reforment à peine et laissent après elles des élévations vésiculeuses larges, sèches, peu rouges, accompagnées ordinairement d'un gonflement comme œdémateux. Parfois la démangeaison est très vive, et parfois aussi les mouvements des paupières, devenus très difficiles, apportent un obstacle marqué à la vision et déterminent des ophthalmies qui peuvent compromettre l'œil.

#### § V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* du psoriasis, quelle que soit sa forme, est, en général, lente, et l'absence de tout symptôme aigu pendant son développement est un caractère qui mérite d'être noté. Cependant, comme le fait remarquer M. Cazenave, il y a quelquefois, sous ce rapport, des exceptions. Cet auteur a observé certains cas dans lesquels il a vu les plaques s'animer tout à coup, devenir chaudes, et la peau se couvrir ; puis survenir une éruption comme confluyente de plaques nouvelles, avec leur vive, chaleur intense, phénomènes généraux, mouvement fébrile, etc. ; de sorte de crise se termine au bout de quelques jours, et parfois la maladie ne revient à son premier état qu'au bout de plusieurs semaines. Si l'inflammation est très intense, il peut se former une *exsudation séreuse* sur les plaques, exsudation qui détache les écailles. M. Cazenave en a rapporté un exemple remarquable. Il est des cas où ce passage à l'état aigu n'est plus accidentel, mais revient *périodiquement*. Du reste, cela s'observe très rarement.

La *durée* du psoriasis est toujours longue ; elle varie de quelques mois à plusieurs années : certains individus conservent toute leur vie cette affection.

Le *psoriasis guttata*, dont la durée est généralement moins longue que celle des autres espèces, se termine par résolution ; les saillies diminuent, les écailles qui les recouvrent deviennent plus minces, puis cessent de se reformer ; enfin elles laissent des surfaces rougeâtres qui finissent par reprendre leur coloration normale. Quelquefois cette espèce de psoriasis disparaît au milieu d'une éruption nouvelle de *psoriasis diffusa*.

Après être resté longtemps stationnaire et fixé dans une région, sur un membre, le *psoriasis diffusa* se termine par la guérison. Dans ce cas, les écailles cessent de se reformer ; la peau reste longtemps un peu rude, comme chagrinée, et ce n'est qu'à la longue qu'elle reprend son état naturel.

Le *psoriasis inveterata*, qui persiste souvent d'une manière indéfinie, constitue, dans un certain nombre de cas, la terminaison du psoriasis simple.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

*Diagnostic.* — Le psoriasis est généralement facile à reconnaître : la présence de squames dures, sèches, d'un blanc chatoyant, est un caractère qui ne permet pas de le confondre avec certains cas rares d'affections vésiculeuses arrivées à l'état chronique. Ainsi, dans l'*eczéma chronique*, ce sont des lamelles molles, minces, d'un blanc jaunâtre, d'une consistance inégale, recouvrant des surfaces plus ou moins humides ; et, d'un autre côté, dans le psoriasis, la peau que recouvre

scutiforme offre une certaine saillie, et l'éruption est le plus souvent remarquable par l'absence de toute acuité.

La lèpre (*lepra vulgaris*) se distingue du psoriasis par des disques arrondis, à bords élevés, à centre sain. Quelquefois les disques confluents simulent par leur rapprochement les plaques irrégulières du psoriasis ; mais dans ces cas on retrouve toujours, à l'extrémité des surfaces malades, des portions de disques qui mettent sur la voie du diagnostic. Dans un cas observé par M. Cazenave, à mesure que la maladie s'avancait vers la guérison, de grandes plaques informes, prises pour un psoriasis invétéré, décelèrent leur nature lépreuse, lorsque après s'être affaissées elles se divisèrent, se séparèrent en plusieurs points, et, selon qu'elles avançaient davantage vers une terminaison favorable, prirent de mieux en mieux la forme distincte d'anneaux arrondis.

**Pronostic.** — Le psoriasis n'est pas une maladie absolument grave, mais, comme il est une des affections de la peau les plus rebelles et les plus sujettes à récidiver, le médecin ne devra jamais perdre de vue cette importante considération. Il se souviendra aussi que certaines variétés de psoriasis, peut-être en raison de leur siège, persistent avec une ténacité désespérante : telles sont celles qui ont pour siège les lèvres, le prépuce, la paume des mains.

Alors même qu'il affecte la forme la plus grave, le psoriasis peut exister un certain nombre d'années sans altérer la santé d'une manière notable.

## § VII. — Traitement.

Une foule de moyens ont été préconisés pour la guérison du psoriasis, et beaucoup sont loin d'avoir la valeur que les auteurs leur ont assignée.

Nous manquons des documents nécessaires pour apprécier l'efficacité de l'orme pyramidal vanté par le docteur Lesoni, de l'extract aqueux d'ellébore blanc à la dose de 10 à 20 centigrammes, de diverses préparations où entrent la renouée, le *rhus radicans*, etc., etc.

**1° Médication externe.** — Les principaux agents dont se compose la médication externe sont les pommades, les lotions et les bains.

**Pommades.** — Un grand nombre de pommades ont été proposées ; telles sont les pommades sulfureuses, alcalines, mercurielles, etc., etc. ; le lecteur en trouvera les formules dans les articles précédents.

La pommade d'iodure de soufre, introduite par Bielt dans la thérapeutique des affections cutanées, est composée de la manière suivante :

℥ Iodure de soufre. de 1 à 1,50 gram. | Axonge purifiée. . . . . 32 gram.

Mélez. Pour frictions, matin et soir.

Bielt et M. Cazenave, qui ont le plus fréquemment employé cette pommade, disent en avoir obtenu de très bons résultats ; mais c'est le plus souvent, selon le dernier auteur, comme auxiliaire d'un traitement interne. Toutefois il est des cas où la guérison a été due à l'usage exclusif de la pommade.

Ordinairement, avec la pommade d'iodure de soufre, on n'attaque l'éruption que d'une manière successive. Ce n'est que lorsque celle-ci a disparu d'une région

on la poursuit par des frictions nouvelles sur un autre point. • A cette occasion, M. Cazenave, j'ai observé plusieurs fois quelque chose d'assez remarquable : c'est que, sous l'influence de frictions faites avec la pommade d'iodure de soufre sur un point limité, sur un membre, par exemple, l'éruption marchait sensiblement vers la résolution, non-seulement dans les points frictionnés, mais encore sur toutes les parties où l'on n'avait pas mis de pommade. » Quelle que soit l'explication qu'on donne de ce fait, il mérite d'être noté.

La pommade au goudron, dont Émery faisaient une large application dans le traitement du psoriasis, était employée par ce médecin selon la formule suivante :

✱ Goudron..... 4 gram. | Axonge..... 32 gram.

On frictionne largement, deux fois par jour, tous les points occupés par l'éruption. De temps en temps un bain alcalin, un bain de vapeur, sont donnés pour nettoyer la peau et venir en aide à l'action du traitement.

La disparition rapide de l'éruption a témoigné, dans un grand nombre de cas, de l'efficacité de la pommade au goudron ; il ne saurait y avoir de doute à cet égard. Toutefois l'emploi de ce moyen a quelques inconvénients dont il faut être prévenu. L'odeur du goudron, les effets de la pommade sur le linge, en rendent l'application difficile, surtout quand la maladie est répandue sur de grandes surfaces.

Dans ces derniers temps, Émery avait essayé de remplacer le goudron par la phthaline, mais une odeur plus désagréable encore, une action trop irritante et des résultats moins heureux l'y ont fait renoncer pour revenir au goudron.

Voici, du reste, comment ce médecin dirigeait le traitement dans lequel d'autres moyens que la pommade au goudron sont employés (1) :

Avant de commencer les frictions avec la pommade au goudron, il fait prendre un bain au malade et lui fait faire des frictions légères avec cette pommade au moment où il en sort. Cette médication est répétée trois fois le jour. Après deux ou trois jours, on augmente la dose de la pommade et l'activité de la friction. Après trois ou sept jours, les malades ont toujours de la pommade sur eux, et quand la maladie est ancienne on couvre les grandes plaques avec des compresses, sur lesquelles on a étendu une couche, d'une ligne d'épaisseur, de pommade au goudron. Les malades se baignent dans de l'eau tiède, une ou deux fois la semaine. On est très rarement obligé de suspendre ce traitement. Cela n'arrive que chez des sujets qui ont la peau très impressionnable, chez lesquels il se développe quelques pustules d'impétigo ou de petits furoncles. Bien souvent encore continuent-ils leur traitement malgré cela. Dix jours se sont à peine écoulés que l'on aperçoit dans les psoriasis dont les squames sont tombées un cercle blanchâtre qui les circonscrit, et qui va en s'étendant de la circonférence au centre. C'est l'annonce de la décroissance du mal, qui le plus ordinairement disparaît dans l'espace de deux ou trois mois, sans que le malade ait éprouvé de l'altération dans sa santé. Dans la lèpre vulgaire, le centre commence à se dégager ; les anneaux qui forment

(1) Un dernier mot sur les divers psoriasis, la lèpre vulgaire et leur traitement (Bull. de thérap., juin 1849).



la chaîne arrondie se séparent et se comportent ensuite comme des plaques psoriasis.

Il résulte de ce qui précède que certaines pommades, et notamment celles de goudron et d'iodure de soufre, ont une action incontestable sur la disparition de l'éruption squameuse. M. Cazenave, dont l'expérience est d'un grand poids sur ce point, a formulé son opinion de la manière suivante : « Dans les affections récentes peu étendues, on peut tenter, espérer une guérison par ce traitement externe ; dans les éruptions largement répandues, dans les formes invétérées, il ne doit pas être compté que comme auxiliaire, et il importe de l'associer à un traitement interne plus ou moins actif. »

**Lotions.** — Elles ont rarement été employées comme seul moyen de traitement ; plus souvent on n'y a recours que comme à des moyens auxiliaires plus ou moins utiles, et généralement dans les cas où l'éruption a un siège très limité.

On a préconisé les lotions de toute espèce : *sulfureuses, émollientes, narcotiques, mercurielles, alcalines*, etc. Ce sont ces dernières qu'on emploie le plus souvent, et M. Cazenave dit qu'on peut les prescrire sans inconvénient selon la formule suivante :

℞ Carbonate de potasse. 4 à 8 gram. | Eau de rose..... 500 gram.

**Bains.** — Tous les auteurs s'accordent sur l'utilité des bains dans le traitement du psoriasis, et, parmi les bains, ceux indiqués à propos des différentes affections cutanées ont tous été employés et vantés dans celle-ci. Cependant ils n'ont pas tous le même degré d'efficacité : voici quelques considérations qui pourront guider dans l'emploi des principaux d'entre eux.

Les bains *émollients* simples ou peu actifs ne sont guère que accidentellement mis en usage ; ils sont utiles pour diminuer l'action trop énergique du traitement ou calmer l'acuité passagère que revêt quelquefois le psoriasis.

On a beaucoup vanté les *bains de sublimé*, et, dans ces derniers temps encore on leur a accordé une grande efficacité. Bielt et M. Cazenave se sont livrés à une série d'expériences sur l'emploi de ce moyen, et ils n'ont pu obtenir un seul cas de guérison. Les résultats publiés par ces deux observateurs, sans détruire complètement l'idée favorable qu'on peut avoir des bains de sublimé dans le traitement du psoriasis, méritent d'être pris en sérieuse considération.

Voici comment nous avons traité un de nos malades.

℞ Deutochlorure de mercure..... 30 gram.

Dissolvez dans :

Alcool..... 100 gram.

Versez la solution dans l'eau du bain.

Après les premiers bains, les squames se détachèrent et ne se reproduisirent pas, et la peau reprit son aspect naturel dans beaucoup de points ; mais il en resta un certain nombre qui ne furent que peu modifiés, et la continuation du traitement pendant quatre semaines n'eut plus aucun effet.

Il n'en est pas de même des bains alcalins : M. Cazenave les a vus quelquefois

is les formes peu graves, procurer à eux seuls une guérison assurée ; il leur re-  
naît, avec Biett, une utilité incontestable, et les administre dans la proportion  
125 à 250 grammes de sous-carbonate de potasse pour un bain.

Les *bains de vapeur* aqueuse, à la température de 32 à 35 degrés Réaumur, sont  
gardés par MM. Rayer, Cazenave, etc., comme ayant une supériorité incontes-  
ble. Les *douches de vapeur* sont surtout efficaces quand le psoriasis est borné à  
la surface limitée. « Chez les adultes, dit M. Rayer, on se sert avec avantage de  
douches et de bains de vapeur. En alternant leur emploi avec celui des bains sul-  
fureux, on est quelquefois parvenu, dans l'espace de trois ou quatre mois, à guérir  
les psoriasis confluents peu enflammés. »

Les *bains de mer* ont souvent été utiles. Bateman dit, à l'occasion du psoriasis  
lunaire, que ces bains, continués pendant plusieurs semaines, ont été un remède  
efficace.

*Cautérisation.* — Ce moyen, qui n'a d'action qu'autant qu'il détruit plus ou  
moins profondément les tissus, est peu employé aujourd'hui. M. Cazenave, qui  
apprécie ses inconvénients et qui a observé des accidents graves à la suite de son  
usage, le bannit avec raison de la thérapeutique des affections squameuses.

2<sup>e</sup> *Médication interne.* — C'est elle qui renferme les moyens véritablement effi-  
caces contre le psoriasis ; et pour M. Cazenave, elle seule, dans la généralité des  
cas, permet d'obtenir une guérison solide et durable. Parmi ces agents, nous signa-  
lons les purgatifs, les sudorifiques, les antimoniaux, les sulfureux, la teinture de  
charides et les préparations arsenicales, et nous insisterons sur chacun d'eux  
au degré d'importance de leur emploi.

*Purgatifs.* — On ne compte plus guère aujourd'hui sur l'efficacité des purga-  
tifs dans le traitement des affections squameuses. Leur emploi, connu sous le nom  
de *méthode Hamilton*, consiste à administrer tous les jours, pendant plusieurs  
jours, quinze grammes de sel d'Epsom ou huit grammes de sous-carbonate de po-  
tasse, ou encore quinze à vingt centigrammes de calomel et de résine de jalap,  
pour obtenir plusieurs évacuations alvines. Cette pratique, selon M. Rayer, pa-  
raît surtout applicable aux psoriasis de la face et du cuir chevelu.

*Sulfureux.* — Ils sont administrés surtout dans le *psoriasis guttata*, quand la  
maladie est récente, et que les sujets sont jeunes, à peau blanche et irritable.  
On donne à l'intérieur les *Eaux-Bonnes*, les eaux d'Enghien, etc. ; on en se-  
nde puissamment l'effet en prescrivant en même temps deux ou trois bains sul-  
fureux par semaine. Il ne faudrait pas, du reste, compter beaucoup sur les sul-  
fureux hors des conditions que nous venons d'indiquer, car l'expérience a prouvé  
qu'on se tromperait.

*Sudorifiques.* — Ceux auxquels M. Cazenave a le plus fréquemment recours  
sont une décoction de squine ou de salsepareille, à laquelle il fait ajouter une  
petite quantité de daphne mezereum, selon la formule suivante :

℞ Salsepareille..... 45 gram. | Eau..... 1250 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers. Ajoutez, dans les dix dernières minutes de  
l'ébullition :

Daphne mezereum..... 1 gram.

Passez. Edulcorez avec le sirop de squine. Dose : trois verres par jour.

VALLEIX, 4<sup>e</sup> édit. — V.

La *décoction de Zittmann* n'a pas eu, entre les mains de M. Cazenave, les heureux résultats que les auteurs allemands s'accordent à lui rapporter. Les expériences auxquelles ce médecin s'est livré (1) doivent inspirer une certaine réserve dans la confiance qu'il faut attribuer à ce médicament. En voici, du reste, la formule la manière d'en faire usage :

*Décoction de Zittmann.*

N° 1.

℥ Salsepareille..... 375 gram. | Eau..... 12 kilogr.

Faites bouillir pendant deux heures. Suspendez dans le liquide un nouet composé de :

Sulfate d'alumine..... 45 gram. | Sulfure de mercure..... 4 gram.  
Mercure doux..... 15 gram. |

Vers la fin, ajoutez :

Régliasse..... 45 gram. | Semence d'anis..... 15 gram.  
Feuilles de séné..... 64 gram. |

Retirez du feu, et laissez infuser. Passez, pour obtenir 8 kilogrammes de la décoction n° 1

N° 2.

℥ Résidu de la première décoction. | Eau..... 12 kilogr.  
Racine de salsepareille... 190 gram. |

Faites bouillir pendant deux heures ; ajoutez à la fin :

Écorce de citron..... } à 12 gram. | Cardamome mineur..... 12 gram.  
Cannelle..... } | Réglisse..... 24 gram.

Laissez infuser pendant une heure. Passez, pour obtenir 8 kilogrammes de la décoction n° 2.

Pour commencer le traitement, le malade prend la veille six pilules purgatives. M. Cazenave donne les suivantes :

℥ Jalap..... 0,60 gram. | Aloès..... 1,00 gram.  
Gomme-gutte..... 0,15 gram. |

Pour six pilules.

Le lendemain, le malade commence l'usage de la décoction qu'il prend ainsi qu'il suit :

1° Le matin, de bonne heure, la moitié d'une bouteille de la décoction n° 1 par verres de demi-heure en demi-heure, le malade restant au lit.

2° A midi, une bouteille de la décoction n° 2, tout entière, par verres de demi-heure en demi-heure.

3° Le soir, le malade reprend, trois heures après le dîner et par verres, le reste de la bouteille n° 1.

On prend cette décoction pendant vingt ou vingt-cinq jours.

(1) *Ann. des maladies de la peau*, t. 1, p. 51, 118.

En Allemagne, on exige que, pendant le traitement, la quantité des aliments soit strictement réduite à 200 ou 250 grammes, et il faut que les malades soient tous continuellement dans une température élevée et égale ; ces conditions, qu'on ne peut pas toujours réunir, ne doivent cependant pas être négligées, si l'on veut obtenir du médicament les heureux résultats que, selon plusieurs auteurs, il est permis d'en attendre.

Parmi les *antimoniaux*, il en est un dont M. Cazenave a fait quelquefois usage : sont les *pilules de Plummer*, qu'il administre à cause de leur action purgative et de leur effet sudorifique. Voici leur formule, quoique donnée déjà à l'article *Trépès*, la manière de les administrer dans les cas de psoriasis à une certaine importance.

*Pilules de Plummer.*

Soufre doré d'antimoine... Protochlorure de mercure.	{ à à 12 gram.	Suc épuré de réglisse ..... Mucilage de gomme arabique.	8 gram. Q. s.
---	----------------	--	------------------

Pour faire une masse qu'on divise en pilules de 30 centigrammes. La dose est d'une à deux par jour.

Il faut continuer, s'il est possible, l'emploi de ces pilules pendant plusieurs semaines.

Le sirop de *Peyrilhe*, dont la partie véritablement active est le *sous-carbonate ammoniacal*, a joui d'une très grande réputation. M. Cazenave (1) a mis en usage un sirop semblable ainsi composé :

℞ Sous-carb. d'ammoniacal.. 10 gram. | Sirop sudorifique ..... 250 gram.

Faites dissoudre le sous-carbonate d'ammoniacal dans suffisante quantité d'eau, et ajoutez la solution au sirop. Dose : de une à quatre cuillerées par jour.

Sous l'influence de ce médicament et de quelques bains de vapeur, M. Cazenave a vu les plaques rougir, les squames se détacher, la maladie guérir.

*Cantharides.* — Bielt le premier a préconisé la *teinture de cantharides* dans les affections squameuses, et une longue expérience lui avait démontré l'utilité de ce médicament. M. Cazenave, qui a été témoin de succès remarquables dus à l'emploi de ce moyen, sous la direction de Bielt, nous fournit les résultats suivants qui dispensent de tout commentaire. « En dépouillant soixante cas d'affections squameuses pris au hasard parmi les observations recueillies dans son service, j'en trouve seize malades traités par la teinture de cantharides : de ces seize malades, dix ont guéri ; chez six, l'éruption a été notablement améliorée ; un n'a éprouvé aucune modification ; chez un autre, on n'a pu continuer le médicament à cause de quelques accidents. Or ces accidents, rares d'ailleurs, consistent surtout dans des nausées, des coliques, de la diarrhée, plus rarement des érections incommodes. Ils cèdent toujours facilement d'ailleurs à l'interruption du traitement. »

On administre la teinture de cantharides par gouttes ; on en prescrit *trois ou*

1) Bull. gén. de thérap., juillet 1848.

*quatre d'abord*, puis on augmente progressivement *jusqu'à vingt-cinq ou trente au plus que l'on divise en deux ou trois doses*, à prendre dans les vingt-quatre heures.

**Arsenic.** — Depuis longtemps les préparations arsenicales ont été employées dans le traitement des maladies squameuses. Girdlestone, Willan, Bateman, Duffin<sup>(1)</sup> en ont obtenu des résultats avantageux. En France, Bielt en a, un des premiers, popularisé l'emploi, et aujourd'hui, parmi les médecins qui ont adopté cette médication, M. Cazenave en a surtout établi l'efficacité d'après un grand nombre de faits soumis à son observation.

Il n'est pas tout à fait indifférent d'employer telle ou telle préparation arsenicale ; toutes ont bien une action réelle, mais ne conviennent pas indistinctement à tous les cas. Ainsi, chez les individus jeunes, irritables, chez les femmes, quand l'éruption est récente et peu étendue, il est préférable de prescrire la *solution de Pearson* ou la *solution de Bielt*. En voici la composition déjà indiquée, mais qu'il importe de reproduire ici, parce que l'emploi de ce moyen s'applique d'une manière toute particulière à la maladie qui nous occupe.

#### *Solution de Pearson.*

℞ Arséniate de soude..... 5 centig. | Eau distillée..... 32 gram.  
Faites dissoudre.

#### *Solution de Bielt.*

℞ Arséniate d'ammoniaque. 5 centig. | Eau distillée..... 32 gram.

Ces deux solutions sont administrées à la *dose de cinquante centigrammes*, qu'on porte successivement jusqu'à 1 ou 2 grammes par jour, en divisant toujours cette quantité en deux doses, à prendre une le matin et une le soir.

Si, au contraire, l'affection est ancienne, si les individus sont mous, peu irritables, si les voies digestives sont en bon état, M. Cazenave prescrit la *solution de Fowler*, qui est plus énergique, et à laquelle il adjoint quelquefois les *pilules asiatiques* à la dose d'une à deux par jour.

#### *Solution de Fowler.*

℞ Acide arsénieux..... } 5 gram. | Eau distillée..... 500 gram.  
Carbonate de potasse..... } | Alcool de mélisse composé. 16 gram.

On l'administre à la *dose de trois ou quatre gouttes d'abord*, puis graduellement jusqu'à douze gouttes par jour, dose qu'on ne doit guère dépasser. La solution de Fowler contient un centième de son poids d'acide arsénieux.

Comme tous les agents énergiques, les préparations arsenicales ont besoin d'être surveillées dans leur emploi : elles déterminent quelquefois des accidents qui sont jamais graves, et que, le plus souvent, on voit disparaître en suspendant pendant quelques jours l'administration du traitement. Ces accidents sont des coliques

(1) *On squamous disorders* (Edinburg med. and surg. Journ., 1826).

e la diarrhée, quelques nausées, quelquefois un peu d'oppression et de toux sèche, quinteuse ; ils sont d'ailleurs assez rares. M. Cazenave dit avoir vu bien des cas où l'on a continué le traitement à des doses plus élevées que celles indiquées plus haut, pendant des mois, des années, et cela impunément.

Quelle que soit la préparation arsenicale que l'on emploie, on doit toujours commencer par ces faibles doses, puis les augmenter progressivement et en surveiller attentivement les effets. L'administration de l'arsenic a besoin d'être suspendue de temps en temps, tous les mois, par exemple, alors même qu'elle ne déterminerait aucun accident. On la reprend quelque temps après, en recommençant toujours par de petites doses. Ces préceptes, établis par M. Cazenave, qui a souvent employé les préparations arsenicales, devront toujours être présents à l'esprit du praticien.

Voici un passage d'un mémoire de Émery sur l'emploi de la solution de Fowler.

« L'administration de la *solution de Fowler* doit être faite avec précaution. On doit commencer par cinq gouttes, dans 120 grammes de liquide sucré, que l'on divise en deux portions. On augmente, tous les deux jours, d'une goutte, et l'on arrive rapidement à 12, s'il n'y a pas d'accidents. Si l'on s'aperçoit que les plaques deviennent moins épaisses et commencent à prendre une coloration gris-noirâtre, on n'augmente plus, car on s'exposerait à produire des accidents, ce symptôme étant un signe de saturation. Quand, au contraire, le malade supporte bien le remède, on en continue l'emploi ; s'il n'y a aucun amendement, on arrive à la dose de 15 à 16 gouttes, qu'il faut rarement dépasser. La peau devient parfois le siège d'une douleur assez aiguë ; ou bien sans être douloureuse, elle est chaude, et un peu rouge autour des plaques. Quelques bains tièdes, des boissons délayantes et la diminution de la dose de liqueur suffisent pour faire disparaître ces légers accidents. Il est des estomacs impressionnables qui ne peuvent supporter les arsenicaux, commençant même par les quantités les plus faibles. Quand cela est bien constaté, on doit recourir à une autre médication. Souvent, après douze ou quinze jours de ce traitement, il survient une constriction à la gorge, une douleur assez intense à l'estomac. En suspendant tout remède, ces symptômes disparaissent en deux ou trois jours, on recommence alors le traitement par cinq gouttes ; et tous les deux jours, comme la première fois, on en ajoute une autre. Les douleurs vers le cœur qui en rendent les battements douloureux forcent quelquefois de recourir à la saignée. Le symptôme dont il faut le plus tenir compte est incontestablement la contraction des extenseurs des membres. Aussitôt qu'elle se montre, il faut abandonner l'emploi des arsenicaux, si l'on ne veut pas voir le mal augmenter et devenir rapidement incurable. »

Quant à l'efficacité de l'arsenic dans l'affection qui nous occupe, nous ne cherchons pas à la démontrer ; citons ce passage de M. Cazenave, qui pourra donner au lecteur une idée de l'importance de cette médication : « Pour moi, dit ce médecin, les préparations arsenicales, aidées au besoin de quelques pommades, et toujours les bains de vapeur, constituent aujourd'hui, sinon l'unique, au moins le plus efficace des moyens de traitement à opposer au psoriasis et à la lèpre vulgaire.

*Médications particulières.* — Les différences de siège ou de forme que peut présenter le psoriasis ne demandent pas, à proprement parler, de médication spéciale.



Voici un cas de psoriasis des paupières, ancien, rebelle à de nombreux traitements et qui a cédé entre les mains de M. Cazenave, à la *solution de Fowler*.

M. Payan (1) cite un cas de guérison d'un psoriasis longtemps rebelle à tout traitement et qui guérit par le *traitement arabe*. Ce médecin ne donne que le résumé de l'observation ; rien ne prouve qu'il n'ait pas eu affaire à un *psoriasis syphilitique*.

M. Rayer rapporte l'observation d'un homme qui fut guéri d'un *psoriasis palmaire* par l'application dans la paume de la main de deux *vésicatoires volants*. Ces deux vésicatoires furent suivis de la chute de l'épiderme altéré et de la formation d'un épiderme lisse et persistant.

[Le traitement du psoriasis semble s'être enrichi dans ces derniers temps d'un moyen nouveau. M. Hardy, dans son service à l'hôpital Saint-Louis, donne contre le psoriasis le baume de copahu à la dose de 4 à 6 grammes par jour.

#### *Opiat au copahu.*

℞ Copahu. . . . . 4 à 6 gram. | Magnésie. . . . . 4 à 6 gram.

Mélez.

M. le docteur Dupuy, interne du service, a rendu compte de ces tentatives dans sa thèse inaugurale. Pour lui le baume de copahu (2) paraît supérieur à la médication topique et par les arsenicaux, au point de vue de la lésion locale. Son influence sur la diathèse reste encore à déterminer. La médication topique doit généralement lui être associée. Certains cas de psoriasis sont complètement rebelles à l'action du copahu comme à celle des autres médicaments. La récurrence peut avoir lieu. L'auteur pense que le copahu guérit par une action spécifique.]

## ARTICLE II.

### LÈPRE (*lepra vulgaris*).

Hippocrate et les médecins grecs avaient employé le mot *lepra* (de λειπρά, écaille) pour désigner d'une manière générique les affections squameuses de la peau. Ce mot s'est trouvé plus tard détourné de sa signification, et a été appliqué à des maladies bien différentes (telles que diverses espèces d'*éléphantiasis*), en portant avec lui l'idée d'une affection grave, hideuse, repoussante. Willan a rendu au mot *lèpre* sa première acception, et il a été imité en cela par Bateman et par la plupart des pathologistes, tels que Bielt, MM. Rayer, Cazenave, Schedel et Gibert.

Les nombreux détails dans lesquels nous sommes entré à l'article *Psoriasis* nous permettent d'être court en parlant de la lèpre ; Willan et Bateman ont décrit trois formes de lèpre : 1° *lepra vulgaris* ; 2° *lepra alphoides* ; 3° *lepra nigricans*.

(1) *Journal de méd. de Toulon et Bull. gén. de thérap.*, 2 janvier 1851.

(2) *Thèse inaugurale*, Paris. 1857.

## § I. — Définition, synonymie.

La lèpre vulgaire est une simple variété du psoriasis ; elle est caractérisée par des plaques écailleuses arrondies, à centre sain ou déprimé, à bords élevés, et recouvertes de petites squames minces, sèches, d'un blanc chatoyant.

La lèpre a été désignée sous bien des noms ; elle correspond à ce que les anciens appelaient *melas*, *alphos* ; elle a aussi été nommée *dartre écailleuse*, *lepra vulgaris* ; c'est la *dartre squameuse orbiculaire* d'Alibert, etc.

La lèpre n'est pas une maladie rare. M. Cazenave (1) dit que le psoriasis est plus fréquent que la lèpre dans la proportion seulement de 33 sur 50.

## § II. — Causes.

L'étiologie de la lèpre se confond avec celle du psoriasis. Renvoyons le lecteur à l'article précédent.

## § III. — Symptômes.

La lèpre débute par de *petits points rouges*, déjà saillants et recouverts aussitôt d'une *squame* très légère qui ne s'étend pas d'abord à toute la saillie qu'elle surmonte ; cette petite élévation s'affaisse et s'élargit, puis s'arrondit en même temps que son centre, qui redevient sain et se déprime davantage. De ce progrès excéntrique, il résulte bientôt un *disque régulier* de dimension variable, égalant ordinairement celle d'une pièce de 2 francs.

Les *disques lépreux* ont des bords saillants ; ils sont recouverts de petites squames minces, sèches, d'un blanc chatoyant, adhérentes, brisées inégalement tout autour de l'anneau, tombant et se renouvelant sans cesse. Ils sont rouges quand ils sont dépouillés de leurs squames. *Le centre est sain*, et l'éruption ne s'accompagne d'aucune humidité, d'aucun suintement.

Quand les disques ont atteint une certaine dimension, la maladie reste stationnaire ou disparaît parfois spontanément, mais plus souvent par suite d'un traitement approprié. Dans certains cas, lorsque l'éruption est ancienne, qu'elle est devenue pour ainsi dire confluente, quand les disques se sont agglomérés autour d'une articulation, on voit la lèpre revêtir la forme grave décrite déjà sous le nom de *psoriasis inveterata*, et donner lieu à des accidents semblables. Toutefois cela se observe beaucoup plus rarement que dans le psoriasis.

Quelquefois la lèpre présente, surtout chez les enfants et les individus blonds à la fine, des *plaques exactement arrondies*, recouvertes de *squames d'un blanc chatoyant* : c'est la variété appelée par Willan *lepra alphoides*. Dans certains cas, l'éruption conservant ses caractères habituels, les *squames ont une coloration noire* : c'est la *lepra nigricans* du même auteur.

## § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Quand la maladie marche vers la guérison, les bords une fois dépouillés de leurs squames se recouvrent plus lentement ; ils s'affaissent ; bientôt le disque s'affaisse

1) Ann. des malad. de la peau, t. p. 133.

également, et, à partir de ce moment, la plaque disparaît bientôt, ne laissant qu'une légère empreinte qui finit aussi par disparaître complètement.

La lèpre peut, pendant des années entières, être stationnaire; les anneaux restent les mêmes, les squames tombent et se renouvellent sans cesse; seulement elles deviennent plus sèches, plus farineuses, et les surfaces qu'elles recouvrent sont de moins en moins saillantes. Dans ce cas, l'éruption est le plus ordinairement très étendue.

Il n'est pas très rare de voir la lèpre s'effacer assez régulièrement à l'approche d'une saison, pour se manifester de nouveau au retour d'une autre.

#### § V. — Siège de la maladie.

La lèpre peut être *générale* ou *bornée à des points limités*. Même lorsqu'elle est très étendue, la face et la paume des mains en sont presque toujours exemptes; dans le cas contraire, c'est au cuir chevelu, aux régions articulaires qu'on la trouve plus particulièrement.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

L'*herpès circiné* offre des cercles qui ont une certaine analogie avec ceux de la lèpre vulgaire, le lecteur trouvera à l'article *Herpès* les signes distinctifs de ces deux maladies.

*Pronostic.* — Le psoriasis est, toutes choses égales, une affection plus fâcheuse que la lèpre.

#### § VII. — Traitement.

Le traitement de la lèpre se confond tellement avec celui du psoriasis, que la plupart des moyens préconisés par les auteurs ont été employés indistinctement contre ces deux affections. Il en est quelques-uns cependant qui doivent trouver ici leur place spéciale, parce que c'est contre la lèpre seule qu'ils paraissent avoir été recommandés et employés avec succès (1).

*Médication externe.* — Les frictions avec la *pommade au calomel* (4 grammes pour 30 grammes d'axonge), à la dose de 4 et même de 15 grammes par jour, sont conseillées par M. Rayer, qui dit en avoir obtenu un grand nombre de guérisons.

Cet auteur recommande aussi, dans les cas où les plaques sont peu nombreuses et très anciennes, de les recouvrir successivement de petits *vésicatoires volants*, ou de les *cautériser* superficiellement avec une solution d'*acide chlorhydrique* ou de *nitrate acide de mercure* affaibli.

*Médication interne.* — La *douce-amère* a joui, dans le traitement de la lèpre, d'une grande réputation. En France, Carrère, et plus tard, en Angleterre, le docteur Crichton, l'ont employée avec succès. Willan a rapporté les expériences du docteur anglais, et Bielt, qui les a répétées, n'est pas arrivé, à beaucoup près, à des résultats aussi satisfaisants. Un petit nombre seulement des sujets soumis à cette médication éprouva une amélioration sensible; deux furent radicalement guéris.

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1849, t. XIV, p. 414, 465.

administre la *décoction des tiges* à la dose de 15 grammes jusqu'à 60 grammes par une pinte d'eau.

Tels sont les seuls moyens spéciaux à mentionner à propos du traitement de lèpre vulgaire, en faisant remarquer de nouveau que toute la thérapeutique psoriasis est applicable à cette affection : *cantharides*, *préparations arséniques*, etc., etc. Quant à ces dernières, on se sert plus spécialement de la *solution Fowler*.

### ARTICLE III.

#### PITYRIASIS.

Les médecins grecs avaient donné le nom de *pityriasis* (de *πίτυρον*, son) à une foliation farineuse de l'épiderme. C'est encore dans ce sens qu'on emploie aujourd'hui cette dénomination, bien que, pendant un certain temps, le pityriasis ait fait partie du groupe de maladies auxquelles on avait donné le nom générique de *glandes*, et dont le siège est dans le cuir chevelu.

Bielt, ayant séparé avec soin le pityriasis des affections avec lesquelles on peut le confondre, avait admis, avec Willan et Bateman, les quatre variétés suivantes : 1° *pityriasis capitis*, 2° *pityriasis rubra*, 3° *pityriasis versicolor*, 4° *pityriasis nigra*. M. Cazenave (1) n'admet que deux formes principales, selon que la maladie s'accompagne ou non d'une modification de la couleur des tissus. La première est le *pityriasis* sans coloration anormale, que l'on décrit ordinairement sous le nom de *pityriasis capitis*, à cause de son siège de prédilection, dans les endroits garnis de poils et surtout au cuir chevelu. L'autre comprend les variétés connues sous les noms de *pityriasis rubra*, *versicolor*, et *nigra*, dont le caractère distinctif est la modification dans la couleur des tissus affectés.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le pityriasis est une inflammation chronique de la peau, accompagnée d'une excrétion anormale de la matière épidermique. Bielt en plaçait le siège dans les couches les plus superficielles du derme.

Cette maladie a reçu différents noms. On lui a donné celui de *porrigo*; Alibert avait désigné sous les noms de *dartre furfuracée volante*, *herpès furfureux*.

Le pityriasis est une maladie *fréquente*; sa bénignité, dans un bon nombre de cas, fait qu'il n'attire pas l'attention, et que ceux qui en sont affectés ne réclament pas les secours du médecin.

#### § II. — Causes.

Les causes du pityriasis sont généralement obscures. On l'observe à tout âge. Chez les nouveau-nés, il apparaît sous forme d'une crasse légère, bientôt remplacée par de petites squames qui, après leur chute, laissent un peu de rougeur au cuir chevelu. Chez les vieillards, on l'observe assez souvent sous la forme d'une légère desquamation. Les femmes dont la chevelure est brune, longue et épaisse,

(1) *Dict. de méd.*, t. XXIV, art. PITYRIASIS, 1841.

paraissent plus prédisposées au *pityriasis capitis*. Au menton, il a souvent été attribué à l'action du rasoir.

L'insolation, l'ingestion d'aliments âcres, les émotions morales, ont paru, dans certains cas, avoir quelque influence sur le développement des *pityriasis rubra* et *versicolor*.

### § III. — Symptômes.

1° *Pityriasis sans modification de la couleur des tissus, ou pityriasis capitis*. — Au cuir chevelu, la maladie commence par une légère exfoliation farineuse, et il suffit de quelques soins pour tenir les cheveux propres et nets. Bientôt la desquamation augmente, et il y a à peine quelques heures qu'on s'est débarrassé de la chevelure des squames qui la couvraient, qu'elle se trouve remplie de nouveau de pellicules blanchâtres que le moindre mouvement fait tomber en grande abondance.

Cet état s'accompagne d'une démangeaison quelquefois assez vive, et même d'un sentiment de chaleur désagréable. L'action de se gratter amène une foule de pellicules qui semblent encore renaître sous l'ongle à mesure que le malade se gratte.

Les squames ont l'aspect de petites lamelles très ténues, très minces, blanches, sèches, adhérentes par une de leurs extrémités. A la tête, elles acquièrent parfois la largeur d'une petite lentille. Au menton, l'exfoliation ressemble à de petites molécules de son qui se détachent et se renouvellent avec une très grande facilité.

A ces symptômes s'ajoute bientôt un accident d'une certaine importance : c'est une alopécie plus ou moins considérable. Les femmes surtout, au moment où elles se peignent, s'aperçoivent que leurs cheveux tombent, et cette chute semble encore augmenter par les soins minutieux qu'elles prennent pour se débarrasser des pellicules blanchâtres qui recouvrent la tête. Au bout d'un certain temps, le cuir chevelu dégarni laisse voir des places entièrement nues, surtout à la partie supérieure et dans les points qui correspondent aux séparations de la coiffure.

Cette alopécie, sur laquelle M. Cazenave (1) a particulièrement attiré l'attention, tient à ce que le cheveu, entouré à sa sortie d'un tissu enflammé, et pressé comme dans un étui squameux, devient sec et cassant; se brise et tombe, soit spontanément, soit par l'action du peigne et du grattage; mais comme son bulbe est intact, il repousse, pour retomber encore si l'affection du cuir chevelu n'a pas complètement disparu.

2° *Pityriasis avec modification de la couleur des tissus*. — Nous nous occuperons d'abord du *pityriasis rubra*. Il est caractérisé par des plaques très peu étendues, de la largeur d'une lentille environ, qui bientôt s'étendent et recouvrent de larges surfaces : celles-ci ont alors un aspect rougeâtre, et sont recouvertes d'une foule de squamules très minces qui tombent et se renouvellent sans cesse comme dans l'espèce précédente. Cette maladie, selon Bateman, s'accompagne de sécheresse de la peau, d'une démangeaison incommode et d'une forte tension.

Le *pityriasis versicolor*, outre la desquamation furfuracée abondante qui

(1) Annales des maladies de la peau, 1844, t. I, p. 225. — Traité des maladies du cuir chevelu. Paris, 1850, p. 167.

l'accompagne, présente, au niveau des points malades, une *coloration jaunâtre* caractéristique. Ordinairement il apparaît au cou, au ventre, à la poitrine, sous forme de *plaques* plus ou moins considérables, colorées et farineuses.

Le *pityriasis nigra* ne diffère du *pityriasis rubra* que parce que les squames reposent sur des *surfaces d'un noir plus ou moins foncé*. Dans certains cas, l'épiderme seul est coloré. Si on l'enlève, on trouve des surfaces rouges et lisses; d'autres fois l'épiderme, transparent, laisse voir la couche sous-jacente avec la coloration noire dont elle est le siège.

Nous avons déjà dit (sycosis) que le tricophyton produit dans ses premières manifestations des symptômes analogues au pityriasis.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

En général, le pityriasis est une maladie dont la *marche* est lente; sa *durée* est toujours longue quand l'éruption occupe une assez grande surface et qu'elle est entretenue par une irritation quelconque. La *terminaison*, qui parfois a lieu spontanément quand l'affection est légère, se fait le plus souvent longtemps attendre, même quand on emploie un traitement méthodique et continué avec persévérance.

#### § V. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic du *pityriasis* est toujours facile. On le distinguera toujours du psoriasis par l'étendue des squames et leur coloration; de la *lèpre* par la disposition et l'élévation des anneaux squameux que présente cette affection.

A la suite de certains *exanthèmes*, on observe une desquamation qu'on pourrait confondre avec celle du pityriasis; mais, dans cette dernière affection, il y a une *reproduction* constante de lamelles qui se détachent et tombent sans cesse, tandis que, dans les exanthèmes, ce sont de larges surfaces qui se dépouillent pour ainsi dire à la fois, laissant çà et là des étendues variables de peau saine.

Ce caractère de *reproduction incessante de l'épiderme*, inhérent au pityriasis, le fera distinguer aussi de ces desquamations qui parfois ont lieu à la suite de l'*eczéma* ou du *lichen*. Du reste, l'existence antérieure d'une affection papuleuse ou vésiculeuse lèverait tous les doutes.

La coloration fauve qui distingue le *pityriasis versicolor* des autres formes de cette affection ne pourra être confondue avec certaines *éphélides* dont la surface ne présente pas cette desquamation furfuracée qui caractérise le pityriasis.

*Pronostic.* — Le pityriasis est en général une maladie peu grave; cependant, à raison de son siège, de l'incommodité qu'il occasionne, de l'alopecie qu'il produit et de son opiniâtreté, il acquiert une certaine importance aux yeux du praticien.

#### § VI. — Traitement.

Le *pityriasis capitis*, indépendamment des moyens thérapeutiques qu'on lui oppose, réclame l'emploi de certaines précautions. On s'abstiendra donc de toute diffure qui tende à tirailler ou à serrer les cheveux; l'usage du rasoir sera interdit, la barbe sera coupée avec des ciseaux. Chez les enfants, surtout si l'éruption est



légère, il suffit de broser légèrement la tête ; la peau, stimulée sous cette influence cesse de s'exfolier en écailles farineuses.

Quand la maladie s'accompagne de l'alopecie que nous avons a signalée, le traitement doit être dirigé de la manière suivante, surtout s'il s'agit du *pityriasis capitis*, ainsi que M. Cazenave le fait remarquer.

« Le traitement général, dit cet auteur, est borné à l'administration de quelques *boissons amères* et à l'emploi de *légers laxatifs*. Localement, je fais faire, selon que l'inflammation est plus ou moins intense, ou des *lotions alcalines* ou des *lotions émollientes*. S'il y a de la chaleur, de la cuisson, si la desquamation est par trop abondante, je fais faire des onctions avec la *moelle de bœuf préparée*, ou des lotions avec l'*eau de son*, de *laitue*. Plus tard, je fais faire, soir et matin, des frictions légères avec un peu de la pommade suivante :

℞ Sous-borate de soude.. de 1 à 2 gram. | Axonge..... de 30 à 40 gram.

Mélez.

« Le matin, je fais laver la tête soit avec une lotion émolliente, soit avec la lotion alcaline suivante :

℞ Sous-carbonate de potasse.... 4 gram. | Eau distillée..... 500 gram.

Mélez.

« Je prescris en même temps quelques bains tièdes alternés avec des bains alcalins. »

Dans plusieurs cas de *pityriasis capitis* peu intense que j'ai eu à traiter, la chute des cheveux et la formation des pellicules ont été arrêtées en quelques jours par le simple emploi de la *pommade au calomel* (5 grammes pour 30 grammes d'axonge).

Ces indications peuvent servir pour toutes les variétés du *pityriasis*. On conseille quelquefois les *émissions sanguines* dans le *pityriasis rubra*, si le sujet est fort et vigoureux ; les *bains sulfureux* et les *lotions sulfureuses* ont une efficacité incontestable dans le *pityriasis versicolor*, et on prescrit spécialement, pour le *pityriasis nigra*, les bains et les douches de vapeur.

#### ARTICLE IV.

##### ICHTHYOSE.

L'ichthyose est une difformité ; en général, elle ne compromet pas la santé, et dans la presque totalité des cas, elle est au-dessus des ressources de l'art. Ces considérations nous engagent à passer rapidement sur une affection qui n'a qu'une importance secondaire pour le praticien.

La division la plus naturelle et la meilleure à établir dans l'étude de l'ichthyose est celle qu'ont suivie MM. Cazenave et Vidal. Ils admettent une *ichthyose congénitale* et une *ichthyose dentelée*.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'ichthyose est une maladie caractérisée par l'épaississement de l'épiderme, qui prend la forme de squames plus ou moins larges, dures, desséchées, d'un blanc grisâtre, comme imbriquées, ne reposant jamais sur un tissu enflammé, et comparées, par les auteurs, aux écailles des poissons.

L'ichthyose a été aussi décrite sous les noms de *lepra ichthyosis*, *ichthyose serpentine*, *nacrée cornée* (Alibert), etc., etc.

§ II. — Causes.

L'ichthyose *congénitale* est presque toujours *héréditaire*, et, comme le fait remarquer M. Cazenave (1), d'une part, elle se transmet fréquemment pendant plusieurs générations successives; de l'autre, elle semble attaquer de préférence les individus mâles. Quelquefois produite chez des sujets qui ont une disposition héréditaire, l'ichthyose *accidentelle* paraît aussi se développer sous l'influence d'*agents irritants*: alors elle est partielle. On a cité des cas où elle s'est montrée après une *vive émotion morale*. Elle est *endémique* dans quelques climats. Les femmes en sont atteintes, d'après Bielt, dans la proportion d'un vingtième par rapport aux hommes.

§ III. — Symptômes.

Ils diffèrent suivant le degré de la maladie. Quelquefois la peau est seulement parsemée de *petites parcelles épidermiques* brisées, grisâtres. Il n'y a réellement qu'une légère augmentation d'épaisseur et une sécheresse de la peau, accompagnées d'une *exfoliation* continuelle.

D'autres fois la *peau* n'a plus sa souplesse habituelle; elle est épaissie, fendillée, recouverte de véritables *écailles* sèches, dures et résistantes. Les écailles, le plus ordinairement grisâtres, sont parfois d'un blanc nacré, souvent très luisantes et entourées de plusieurs *cercles noirâtres*. Elles résultent de ce que l'épiderme, sillonné en tous sens, s'est partagé en une foule de petites *squames* irrégulières, la plupart *imbriquées* au point adhérent. La grandeur de ces écailles varie: tantôt petites, elles sont environnées de *points farineux* qui correspondent aux sillons; tantôt larges, elles recouvrent dans une plus ou moins grande étendue les surfaces sillonnées.

Les écailles, si l'on en excepte les plus larges, peuvent être arrachées facilement et sans douleur. Il n'existe ni chaleur, ni douleur, ni démangeaison. Au-dessous d'elles, la peau n'est pas rouge, mais elle a une rudesse telle qu'au contact elle donne la sensation d'une peau de chagrin, et quelquefois même l'impression qu'on éprouve en passant la main sur le dos de certains poissons.

(1) *Dictionnaire de médecine ou Répertoire général des sciences médicales*, en 30 vol. t. XIV, art. ICHTHYOSE.

## § IV.— Marche, durée, terminaison de la maladie.

A une époque rapprochée de la naissance, l'ichthyose congénitale est généralement peu prononcée ; cependant la peau a perdu sa finesse, son poli ordinaire ; elle est sèche, terne, grisâtre. Au bout de quelques semaines, la maladie se dessine d'une manière tranchée. Elle reste quelque temps bornée à l'épaississement et à l'exfoliation continuelle dont on a parlé plus haut ; parfois elle persiste ainsi indéfiniment ; d'autres fois elle acquiert un degré plus élevé.

L'ichthyose accidentelle a en général une *marche* plus rapide, On la voit aussi subir pendant sa durée des modifications sensibles qui parfois pourraient faire croire à une guérison définitive, si le plus souvent on ne voyait dans une autre saison l'affection reparaître comme auparavant. Ces changements s'observent très rarement dans l'ichthyose congénitale.

L'ichthyose congénitale dure le plus ordinairement toute la vie ; l'ichthyose accidentelle disparaît quelquefois complètement ; sa durée, d'ailleurs, est toujours longue, souvent de plusieurs années, quelquefois indéfinie.

L'ichthyose congénitale occupe toute ou presque toute l'enveloppe cutanée ; l'ichthyose accidentelle est le plus souvent bornée à une région, aux membres particulièrement.

## § V. — Diagnostic, pronostic.

Les écailles sèches et dures de l'ichthyose, quand cette affection est générale surtout, n'ont pas d'analogue dans les autres éruptions. Qu'on se rappelle cette surface sèche, dure, cette peau épaisse, fendillée, cette marche lente d'une maladie le plus souvent congénitale, on évitera toute erreur.

Le *pityriasis*, avec la mollesse du derme et ses pellicules blanches, se distinguera facilement de l'ichthyose, dans laquelle la peau, épaisse et rugueuse, est recouverte d'écailles d'une teinte grisâtre.

*Pronostic.* — L'ichthyose n'entraîne jamais la mort par elle-même ; elle n'occasionne aucun trouble notable des fonctions ; seulement la peau est sèche et n'est plus le siège d'aucune transpiration habituelle, si ce n'est, dans certains cas, à la plante des pieds, qui, n'étant pas envahie par l'éruption, est habituellement humide de sueur.

## § VI. — Traitement.

Il est purement palliatif : on modifie passagèrement la rudesse de la peau à l'aide de *lotions mucilagineuses*, de *bains souvent répétés*, surtout de *bains de vapeur*. Ce sont les moyens qui ont le plus souvent réussi à Bielt, qui n'a pas retiré de l'administration du *goudron* à l'intérieur les avantages signalés par Willan. On peut, dans certains cas d'ichthyose accidentelle, espérer la guérison : Bielt l'a obtenue à l'aide de *vésicatoires* dont il avait recouvert successivement les deux bras qui étaient le siège de la maladie.

## CHAPITRE VII.

## AFFECTIIONS TUBERCULEUSES DE LA PEAU.

Les affections tuberculeuses de la peau sont plus rares, surtout dans nos climats, et la plupart de celles dont on a parlé jusqu'à présent.

M. Rayer définit ainsi les tubercules de la peau : « Les tubercules, dit-il, sont des élevures solides, développées dans l'épaisseur de la peau, dont le volume varie entre celui d'une lentille et d'une olive, et qui se terminent presque toujours par suppuration ou par une altération de texture des parties affectées.

Cet auteur a placé parmi les tubercules le *lupus*, la *scrofule*, l'*éléphantiasis*, le *frambæsia*, le *cancer* et les *tubercules syphilitiques*. On ne saurait accepter complètement cette classification. Le *lupus* a été décrit à part par MM. Bielt et Lazenave, parce qu'il présente des caractères particuliers. Cependant, pour ne pas multiplier les divisions, plaçons-le parmi les maladies tuberculeuses de la peau, mais il n'est pas possible d'en faire autant pour la *scrofule*, déjà décrite dans le chapitre consacré aux maladies du sang. Le *cancer* de la peau ne doit pas plus trouver place ici; c'est d'ailleurs une affection du domaine de la chirurgie. Quant aux tubercules syphilitiques, quelques mots suffiront en traitant des syphilides. Enfin l'*éléphantiasis* des Arabes est une affection qui a des caractères particuliers, et qu'on ne peut placer parmi les affections tuberculeuses proprement dites; aussi M. Rayer l'a-t-il décrit parmi les intumescences.

Avant de passer outre, il importe de faire remarquer que cette expression de tubercules ne doit pas faire regarder les maladies dont il va être question comme de la même nature que la phthisie pulmonaire; ce serait une grave erreur. On a donné ce nom aux tumeurs de la peau, parce qu'elles ont, comme les vrais tubercules, une ressemblance plus ou moins grande avec les tubercules de certaines plantes. Voilà tout ce que ces affections ont de commun, comme on a dû déjà le penser, en voyant que quelques auteurs ont rangé parmi ces affections tuberculeuses la *scrofule*, et surtout le *cancer*.

ARTICLE I<sup>er</sup>.

## ÉLÉPHANTIASIS DES GRECS.

Les Grecs avaient donné le nom d'*éléphantiasis* à une maladie tuberculeuse de la peau dont ils voulurent peindre le caractère en comparant l'aspect qu'elle donne à celui de la peau de l'éléphant. Arétée en a tracé un tableau remarquable. Plus tard, une grande incertitude a régné dans la science sur ce qu'il fallait entendre par l'*éléphantiasis* des Grecs, ou lèpre du moyen âge. Dans une savante discussion (1), Dezeimeris a éclairé ce point obscur, et, dans ces derniers temps, M. les docteurs Danielssen et Wilhelm Boeck (2) nous ont donné un traité com-

(1) Dictionn. de méd., art. ÉLÉPHANTIASIS. — Biblioth. méd., t. II, 1835.

(2) Traité de la *speltalskhed* ou *éléphantiasis des Grecs*, traduit du norvégien par L.-A. Mason (de Nogaret). Paris, 1848, in-8 et atlas in-folio de 24 pl. col. — Voyez aussi l'article de M. Delioux de Savignac. — Archives gén. de méd. Juillet 1860.

plet de cette maladie qu'ils désignent sous le nom de *spédalskhed* qu'elle porte en Norvège. Du reste, l'éléphantiasis des Grecs est une maladie rare dans nos climats et qui n'a pour le praticien qu'un intérêt secondaire.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'éléphantiasis des Grecs est une maladie de la peau caractérisée par des taches rougeâtres, auxquelles succèdent des tubercules livides d'abord, et acquérant plus tard une coloration bronzée. Ces petites tumeurs, le plus souvent indolentes, sont quelquefois extrêmement sensibles; elles peuvent se terminer par ulcération ou par résolution, et elles s'accompagnent d'un boursoufflement du tissu cellulaire sous-cutané qui donne un aspect hideux aux parties qui en sont le siège.

Suivant MM. Danielssen et Boeck, il y a une forme particulière de la maladie dans laquelle les tubercules peuvent manquer. C'est la forme qu'ils nomment *anesthésique*, et dans laquelle il y a des paralysies, des distorsions de la face, la courbure des doigts, etc. Bien que dans quelques cas on voie, ainsi que nous l'avons prouvé les auteurs que je viens de citer, les tubercules de l'éléphantiasis se développer avec un état morbide semblable, ce qui constitue la forme mixte des deux formes norvégiennes, il y a de telles différences entre la forme tuberculeuse et la forme anesthésique, qu'on doute que ce soit la même maladie.

On trouvera, dans l'ouvrage de MM. Danielssen et Boeck, les dénominations nombreuses sous lesquelles la maladie a été désignée dans les divers pays depuis les temps les plus reculés. Nous avons dit plus haut que ces médecins la désignent sous le nom de *spédalskhed* qu'elle porte en Norvège. Nous avons été étonné qu'ils n'aient pas fait mention du *schierliero*, affection qui règne enémiqnement sur les bords du Danube, et qui paraît avoir de grandes analogies avec quelques cas cités par eux. On pourra en juger par la description qu'en a donnée M. le docteur de Moulins, médecin à Trieste.

Cette maladie a encore reçu différents noms : ainsi ceux de *léontiasis*, *léontine*, parce que les rides et les plis du front de ceux qui en sont atteints ressemblent à leur face une certaine ressemblance avec celle du lion. On la connaît encore sous le nom de *lèpre du moyen âge*; c'est la *lèpre tuberculeuse* de Boeck, etc.

L'éléphantiasis des Grecs est une maladie rare en France; on l'observe surtout dans les pays méridionaux, et aux Antilles, où il paraît être assez commun, et, selon les recherches du MM. Danielssen et Boeck, il n'est pas moins fréquent dans la Norvège, en Islande, en Hongrie, en sorte qu'il se montre dans les climats les plus opposés.

### § II. — Causes.

Les causes de l'éléphantiasis sont fort obscures. Nous ne connaissons guère l'influence des climats tropicaux, équatoriaux et polaires. Cette influence est évidente que les Européens qui en sont atteints l'ont presque tous contracté dans ces régions.

(1) Voy. *Presse médicale*, mai 1837 : Du *schierliero*. Art. communiqué par M. Guillaud.

la jeunesse, le tempérament bilieux, paraissent des conditions favorables à son développement. Les hommes en sont bien plus souvent affectés que les femmes. Travaux pénibles, les excès, l'habitation des lieux humides, les chagrins, etc., des causes qui peuvent avoir quelque influence, mais nous n'en connaissons le degré.

La contagion, admise par quelques anciens, est rejetée par la plupart des médecins, tels que Robinson, Ainsley, Adams, Bielt, Danielssen et Boeck. La question d'hérédité ne saurait encore être résolue aujourd'hui. On ne croit plus à la nature syphilitique de l'éléphantiasis des Grecs.

### § III. — Symptômes.

Dans le plus grand nombre des cas, l'éléphantiasis n'est précédé d'aucun symptôme précurseur : ceux qu'a décrits S. Robinson (1), telle que la languueur, un engourdissement prononcé, etc., et auxquels cet auteur attache une certaine importance, constituent sans doute des exceptions. Très souvent les individus jouissant encore d'une parfaite santé s'aperçoivent comme par hasard qu'ils ont à la peau des taches jaunâtres et plus ou moins insensibles. Bielt et Cazenave ont vu plusieurs cas de ce genre.

À la surface cutanée apparaissent une ou plusieurs taches d'une teinte fauve, d'un aspect d'abord poli et luisant, plus tard terne et bronzé. Chez les nègres, elles sont plus fauves ou rougeâtres. Au début, elles s'accompagnent d'un léger gonflement comme œdémateux ; ce caractère est surtout sensible au visage.

Un des caractères les plus importants de ces taches, c'est leur insensibilité. Cette insensibilité, qui existe dans le plus grand nombre des cas, est, au début, un signe précieux pour le diagnostic. Dans quelques cas assez rares, la peau a acquis, au contraire, une sensibilité insolite ; le moindre attouchement, même dans les points affectés de taches, provoque alors une sensation douloureuse.

Les taches, dont le nombre est très variable, et dont l'éruption lente et progressive n'est peut-être jamais accompagnée de mouvement fébrile, peuvent constituer la maladie pendant des mois, des années entières.

Après une plus ou moins grande durée de cet état stationnaire, on voit succéder aux taches des tubercules ou de petites tumeurs molles, rougeâtres ou livides, dont le volume varie entre celui d'un pois et celui d'une noix et plus. Les tubercules se développent sur tous les points où existent des taches peuvent n'en envahir qu'une partie, quelquefois même ils paraissent se développer sans avoir été précédés de la tache. Leur forme est assez irrégulière ; ils sont mous et donnent un aspect particulier aux parties qu'ils occupent. C'est ainsi qu'au visage, dont ils couvrent parfois la totalité, ils produisent cette horrible déformation des traits que M. Arétée nous a laissée une peinture énergique (2). Aux membres, quand ils ont fait quelques progrès, ils présentent des tumeurs énormes, aplaties, occupant une grande étendue de la surface externe.

1) *On the elephantiasis as it appears in Hindostan* (Medico-chirurgical Transactions, London, t. X, p. 27).

2) *De morb. acut.*, lib. II, cap. 13.



A un degré plus avancé, les *tubercules s'enflamment*; ils deviennent le siège d'*ulcérations* blafardes et de mauvaise nature. Un *liquide sanieux* se concrète à leur surface et forme des *croûtes épaisses*. Il est rare qu'à la chute de ces croûtes on trouve des *cicatrices* solides. La maladie poursuit sa marche destructive; elle envahit les tissus sous-jacents; les os se ramollissent, se déforment, se contournent; des portions de membres se détachent et tombent; et l'on a vu des malades survivre à de pareilles mutilations.

A une certaine période on voit successivement le tact s'émousser ou se perdre, la voix s'éteindre, la vue et l'odorat s'affaiblir singulièrement. Les organes de la génération participent à cette torpeur morbide. Dans certains cas, au contraire, suivant quelques auteurs, il y a une très grande tendance au coït, une espèce de *satyriasis*; mais ces cas sont exceptionnels, et, lorsque la maladie est avancée, l'abolition des facultés viriles est un symptôme constant.

D'un autre côté, les *muqueuses* sont le siège d'irritations diverses, surtout les muqueuses gastro-intestinales. Les *tubercules* dans le pharynx et le larynx, les ulcérations de la pituitaire, sont des phénomènes presque constants. Il est, ainsi que nous l'avons dit plus haut, une autre forme admise par MM. Danielssen et Boeck, c'est la *forme anesthésique*. Mais, comme les caractères de cette forme ne suffisent pas pour démontrer qu'il s'agisse absolument de la même affection, il en sera seulement fait mention.

#### § IV. — Siège.

L'éléphantiasis peut occuper tous les points du corps; rare sur le tronc, il se montre surtout au visage, où il envahit particulièrement le nez et les oreilles; puis viennent les membres, qu'il déforme ou qu'il détruit. Quand il est borné à un seul point, c'est ordinairement à la face qu'il a son siège.

#### § V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

L'éléphantiasis des Grecs a en général une *marche* lente. Quelquefois ne donnant lieu qu'à des taches ou à quelques tubercules, il disparaît au bout de peu de temps, surtout quand il se développe pour la première fois, mais c'est ordinairement pour reparaître de nouveau et plus grave.

La maladie peut se prolonger des mois, des années, indéfiniment, à l'état de taches ou de tubercules. Souvent, malgré ses progrès, qui en font une maladie affreuse et repoussante, elle peut avoir une *durée* bien peu en rapport avec sa gravité.

La guérison est une *terminaison* rare de l'éléphantiasis; elle ne survient guère que dans les cas où la maladie est peu étendue, et lorsque les sujets sont fort vigoureux. Le plus souvent, au bout d'un temps plus ou moins long, les malades finissent par succomber.

#### § VI. — Lésions anatomiques.

Elles varient selon l'ancienneté et l'intensité de la maladie. La peau est parsemée de tubercules; les uns semblent s'être développés dans le derme lui-même, les autres être le résultat de l'inflammation de quelques points du tissu sous-jacent.

On trouve encore une induration tuberculeuse, blanchâtre, résistant sous le doigt. La peau qui les recouvre est amincie, comme rétractée. Quelquefois la coloration anormale a en partie disparu, les tubercules sont effacés, l'hypertrophie est presque détruite.

Après plusieurs jours de macération, dit M. Cazenave (1), la peau d'un éléphantiasique présente : 1° l'épiderme épaissi ; 2° au-dessous, une couche éminemment vasculaire, comme érectile ; 3° une troisième couche dure, épaisse, solide, opaque, offrant plusieurs vacuoles occupées par des grumeaux d'un blanc jaunâtre incolore, et au-dessous d'elle un tissu cellulaire graisseux, épaissi. Dans les organes, on trouve diverses altérations qui ne paraissent pas appartenir à l'éléphantiasis ; ce sont des complications plus ou moins graves qui, le plus souvent, entraînent la mort : telles sont les ulcérations intestinales, les tubercules pulmonaires, etc. On trouvera, à propos des lésions anatomiques, des détails très intéressants dans l'ouvrage de MM. Danielssen et Boeck, qui ont donné aussi des planches de dissections (2).

### § VII. — Diagnostic, pronostic.

**Diagnostic.** — L'éléphantiasis des Grecs, avec ses caractères si spéciaux, son siège, ne sera jamais confondu avec aucune autre affection. L'éléphantiasis des Arabes, qui est un gonflement plus ou moins informe d'une partie du corps, constitue une maladie à laquelle la peau semble étrangère au début, au moins dans la plupart des cas. Il suffira de se rappeler les disques squameux, élevés, à centre sain, de la lèpre vulgaire, pour éviter toute confusion avec la maladie tuberculeuse à laquelle les Grecs ont donné le nom d'éléphantiasis.

**Pronostic.** — Il est toujours grave ; la maladie a une marche envahissante, quoique lente, et tend le plus souvent vers une terminaison fatale. Ce n'est guère qu'au début qu'on peut, comme l'ont observé Bielt et M. Cazenave, espérer d'en arrêter les progrès, et surtout lorsqu'elle a un siège borné, comme par exemple.

### § VIII. — Traitement.

L'impuissance de la thérapeutique contre l'éléphantiasis des Grecs est un fait trop prouvé, dans la majorité des cas, pour que nous voyions quelque avantage à mettre sous les yeux du praticien la foule de médicaments employés pour le combattre. On trouvera dans les auteurs qui se sont plus particulièrement occupés des maladies des pays chauds et froids, tels que Robinson, Adams, Ainsley, Heinken, Danielssen et Boeck, etc. Du reste, la plupart des moyens sont infructueux, soit à cause du trop avancé du mal, soit parce qu'à une certaine période la muqueuse digestive, malade elle-même, empêche l'administration de substances un peu actives. Si l'on assistait au début du mal, on pourrait, selon beaucoup d'auteurs, exciter les parties malades avec des *liniments irritants*, des *lotions excitantes* ; l'application de *vésicatoires* sur les points malades, recommandée par S. Robinson, a rap-

(1) Dict. de méd., art. ÉLÉPHANTIASIS.

(2) Danielssen et W. Boeck, *Traité de la spedalskhed ou éléphantiasis des Grecs*. Paris 1840, un vol. in-8, et atlas in-folio de 24 planches.

pelé entre les mains de Biett la sensibilité sur des surfaces où elle paraissait éteinte.

Les *frictions résolutives*, avec l'*hydriodate de potasse* (4 gram. pour 30 gram. d'axonge), jointes aux *douches de vapeur*, pendant lesquelles on a soin de malaxer les tubercules, ont été préconisées pour la résolution des tumeurs.

La *cautérisation avec le fer rouge* a été employée avantageusement par Biett dans plusieurs cas graves ; Larrey l'a également pratiquée avec succès.

Les *sudorifiques*, les *cantharides*, et surtout les *préparations arsenicales*, ont été beaucoup vantés. Biett et M. Cazenave sont parvenus, à l'aide de ces derniers moyens, et notamment des *pilules asiatiques*, à arrêter plus d'une fois les progrès du mal. MM. Danielssen et Boeck ont obtenu quelques bons résultats de l'iodure, surtout dans la *forme* qu'ils nomment *anesthésique*.

Selon la plupart des auteurs, les *préparations mercurielles*, à l'intérieur ou à l'extérieur n'ont pas les avantages que quelques-uns leur ont accordés. M. Cazenave n'en a jamais vu d'heureux résultats.

Le traitement des complications et l'observation rigoureuse de tous les préceptes de l'hygiène complètent ce que nous avons à dire sur la thérapeutique d'une maladie pour laquelle l'art a, jusqu'à présent, épuisé sans succès la plupart de ses efforts. L'efficacité de l'*hydrothérapie* dans cette grave affection serait à étudier.

## ARTICLE II.

### LUPUS.

Dans le plus grand nombre de cas, le *lupus* présente les gonflements circonscrits de la peau auxquels on a donné le nom de *tubercules* ; mais il est aussi des cas où il n'en est pas ainsi. C'est ce que M. Cazenave (1) a parfaitement établi.

Ce n'est donc que pour ne pas trop multiplier des divisions que nous avons principalement égard à la forme tuberculeuse, qui est la plus fréquente, et en rapprochant cette affection des précédentes.

Le *lupus* compte parmi les maladies le plus anciennement connues. On la trouve indiquée dans Hippocrate et décrite dans Celse ; mais ce n'est que depuis les travaux des modernes qu'elle est bien connue.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La définition donnée par M. Cazenave est la plus exacte : « Le *lupus*, dit-il, est une maladie chronique de la peau qui se manifeste, quelquefois au début, par des taches d'un rouge violacé, mais le plus ordinairement par des tubercules livides indolents, plus ou moins volumineux. Il a pour caractère principal une tendance à détruire les parties environnantes ou les tissus sous-jacents, soit en labourant la peau sous forme d'ulcères ichoreux de mauvaise nature, se recouvrant sans cesse de croûtes brunâtres, très adhérentes, qui laissent voir à leur chute des destructions nouvelles, soit en altérant profondément le derme, et en produisant des cicatrices indélébiles, sans qu'il y ait eu préalablement la moindre plaie, la moindre ulcération. »

(1) *Dict. de méd.*, art. LUPUS.

Le lupus est l'affection désignée par Hippocrate sous le nom d'*herpès esthiomène*, par Celse sous celui de *thériomate*. Il a encore été décrit sous les dénominations *papula fera*, *herpes exedens*, *dartre rongeante*. C'est une maladie heureusement peu fréquente.

## §. II. — Siège de la maladie.

Tous les médecins savent que le lupus affecte particulièrement la face, et que, dans cette région, il se montre surtout au nez. Ordinairement il reste borné à cette partie du corps, mais parfois il en envahit d'autres, et surtout le cou, les épaules et la poitrine. Il est plus rare aux membres. Quelquefois il affecte successivement plusieurs régions.

## § — III. — Causes.

On ne sait rien de positif sur les causes occasionnelles. Quant aux causes prédisposantes, voici, suivant les auteurs, les influences qu'on a le plus souvent notées. L'enfance, et plus souvent encore l'âge compris entre seize et vingt-cinq ans, en sont le plus fréquemment affectés. Les enfants scrofuleux y sont plus sujets que les autres, et, selon la remarque de M. Cazenave, c'est le lupus avec hypertrophie qu'on observe principalement chez eux. Quelquefois des sujets qui en ont été atteints dans leur enfance en sont repris dans l'âge adulte. Il est bien rare qu'il se montre après l'âge de quarante ans. Le sexe ne paraît avoir aucune influence sur lui. Il est plus fréquent dans les campagnes que dans les villes; on n'a pu déterminer pourquoi.

Enfin on a accusé les aliments âcres, les viandes altérées, les vieux fromages, etc., de produire la maladie, et l'on a cité à ce sujet sa fréquence dans certaines contrées où l'on use habituellement d'une semblable nourriture. Mais ce sont là des appréciations très vagues; car, dans ces pays, il y a beaucoup d'autres causes dont il aurait fallu apprécier l'influence. Le lupus n'est pas contagieux.

## § IV. — Symptômes.

Pour décrire le lupus, on a eu recours à des divisions diverses. M. Rayet reconnaît le lupus exedens et un lupus non exedens. Cette division doit être acceptée, mais, outre, il convient de distinguer avec Bielt, imité en cela par M. Cazenave (1), deux espèces de lupus exedens : l'un qui détruit en surface, et l'autre qui détruit en profondeur. Une étude attentive de la maladie a prouvé que cette distinction n'est pas sans importance, mais, avant d'entrer dans ces détails, il est nécessaire de dire quelques mots du lupus en général.

*Lupus en général.* — La maladie débute ordinairement par l'apparition d'un point rouge obscur, faisant saillie au-dessus du niveau de la peau, dur et peu étendu en surface : c'est là ce qu'on a désigné sous le nom de *tubercules*.

Les tubercules ont un volume variable. Ordinairement ils sont peu développés au début, et restent tels pendant assez longtemps. Dans quelques cas, au contraire, leur volume est considérable dès le début. Dans presque tous, il augmente notablement au bout d'un certain temps.

Bien que les tubercules du lupus s'élèvent notablement au-dessus de la surface

1) Loc. cit.

de la peau, si l'on recherche à quel degré de profondeur ils pénètrent dans cette membrane, on voit que, dans les premiers temps du moins, ils n'en occupent que les couches superficielles. Ils sont plus ou moins nombreux et plus ou moins rapprochés, de telle sorte que, au début, il n'y en a souvent qu'un très petit nombre, tandis que dans certaines variétés ils se multiplient et envahissent une assez grande surface. Dans tous les cas, leur nombre augmente avec le temps, sans que toutefois la maladie ait ordinairement une tendance marquée à s'étendre beaucoup en surface.

Tels sont les caractères communs aux diverses espèces de lupus. Il y a néanmoins quelques exceptions fort bien indiquées par M. Cazenave, et dans lesquelles on ne trouve pas de véritables tubercules, mais seulement une *tuméfaction légère et diffuse* d'un ou de plusieurs points de la peau, et ce sont ces cas qui ont autorisé quelques auteurs à rejeter le lupus des affections tuberculeuses.

Lorsque ces symptômes ont duré un temps plus ou moins long, il survient des phénomènes particuliers qui établissent dans le lupus les espèces précédemment indiquées, et dont nous allons donner la description.

2° *Lupus qui détruit en surface.* — Il est une variété de cette espèce qui a été très bien décrite par M. Cazenave : « Dans quelques cas bien rares, dit-il, la maladie semble n'affecter que les couches les plus superficielles du derme. On l'observe surtout alors à la face et aux joues en particulier. Il ne se développe pas de tubercules, il ne se forme pas de croûtes, mais la peau prend une teinte rouge ; des exfoliations épidermiques occupent la surface malade ; la peau s'amincit graduellement ; elle est lisse, luisante, rouge ; elle offre bientôt l'apparence d'une cicatrice qui se serait formée après une brûlure superficielle ; la rougeur disparaît sous la pression du doigt ; le malade n'éprouve aucune douleur, mais le toucher en développe ; la surface affectée devient sensible après un violent exercice et des excès de boisson. Lorsque la maladie cesse de faire des progrès, la rougeur disparaît ; il ne se forme plus de légères exfoliations épidermiques, mais la peau reste mince et luisante : elle est lisse au toucher, et elle paraît avoir perdu de son épaisseur. »

Il est bien plus ordinaire de voir se former d'abord les tubercules indiqués précédemment. Ceux-ci peuvent rester assez longtemps stationnaires, mais presque toujours, et bien souvent sans qu'on puisse en trouver la raison, leur nombre augmente, ils sont entourés d'un gonflement comme œdémateux de la peau, et finissent par présenter une *ulcération irrégulière*.

L'*ulcération* envahit les parties voisines, et, à la place où elle existait d'abord, se forme une *cicatrice* irrégulière, blanche, tendue, bridée. Lorsqu'elle est considérable, elle est environnée d'un cercle, d'un bourrelet tuberculeux, qui bientôt s'ulcère à son tour, et c'est par cette marche excentrique que le lupus s'étend en surface.

Il n'est pas rare de voir l'*ulcération* rétrocéder pour ainsi dire. Ainsi de nouveaux tubercules, se formant aux limites de la cicatrice, s'ulcèrent à leur tour, et leur ulcération envahit les cicatrices déjà formées.

Les ulcérations sont recouvertes d'une *croûte* noirâtre, fort adhérente, et qui, si l'on parvenait à la détacher avant que le traitement eût modifié la maladie, ne tarderait pas à se reproduire.

Cette variété de lupus ayant ordinairement son siège à la face et au nez, comme

suivantes, peut occuper tous les autres points du corps, et envahir de larges faces. Il faut être prévenu de cette circonstance, parce que cette affection, si facile à reconnaître à la face, est souvent méconnue ailleurs, sa présence étant ainsi dire insolite dans les autres parties du corps. M. Cazenave a eu maintes fois occasion de s'en assurer.

Par suite du *siège particulier* de la maladie dans certains points, il survient des accidents qu'il est facile de prévoir. Si les tubercules occupent le pourtour des lèvres, par exemple, la bouche est très difficilement ouverte; et lorsque les ailes du nez sont atteintes, ce qui est très fréquent, elles sont détruites par l'ulcération. Des exemples suffisent.

Quand les progrès de la maladie sont arrêtés, et lorsque les lésions sont en très grande partie réparées, il reste des *stigmata indélébiles*. Ils ont été très bien décrits par M. Cazenave. « Lorsque, dit-il, les croûtes sont enlevées, et qu'un traitement convenable est mis en usage, il ne s'en reforme pas de nouvelles. Quelquefois la surface est rugueuse et parsemée de petits tubercules rouges, blafards; d'autres fois elle présente un meilleur aspect: elle se recouvre de petites desquamations minces, comme épidermiques, et l'on ne tarde pas à y voir une cicatrice blanche, solide dans plusieurs points.

« A cet état d'amélioration, quand les ravages du loup ont été fort étendus, la face présente un aspect tout à fait remarquable: elle offre une foule de cicatrices régulières, souvent très étendues, d'un blanc quelquefois rosé, tendues, luisantes, parfois épaisses dans quelques points, mais dans d'autres tellement minces qu'elles paraissent comme transparentes, et qu'on dirait qu'elles sont sur le point de se rompre. On retrouve ces derniers caractères sur les parties qui ont été envahies plusieurs fois, et dont les cicatrices ont été détruites par des ulcérations successives. Quelquefois toujours ces cicatrices viennent se rendre, à des distances plus ou moins éloignées, à la base de quelques tubercules, entre lesquels elles semblent comme enfoncées. D'autres fois on observe, sur divers points de leur circonférence, des croûtes noirâtres et qui souvent tardent beaucoup à se détacher. »

3° *Lupus qui détruit en profondeur*. — Dans cette variété, c'est le nez qui est principalement et souvent uniquement affecté. La maladie commence par un gonflement de la partie intéressée. Sur ce gonflement se forme une ulcération, puis une croûte; celle-ci tombe ou est arrachée. L'ulcération augmente en profondeur aussi en largeur; il en résulte, après plusieurs atteintes, une destruction de l'oreille, variable en étendue, et trop souvent non-seulement les parties molles, mais encore les cartilages sont détruits. Souvent aussi un écoulement fétide a lieu par le nez, qui est douloureux, gonflé, enflammé. Il n'est pas rare de voir la destruction s'étendre au delà du nez, et alors une partie de la face, la voûte palatine, et même les gencives, participent à cette destruction (1).

Cette variété de la maladie marche parfois avec rapidité et d'une manière continue, en sorte qu'en peu de temps les parties sont profondément altérées, et détruites. Plus souvent la maladie a des temps d'arrêt: il se forme des cicatrices, mais elles ne sont que temporaires; de nouveaux tubercules et de nouvelles ulcérations se produisent sur elles, et la destruction continue à faire des progrès.

(1) Voy. Arnal, *Journ. heb.*, 2<sup>e</sup> série, t. VIII.



Les deux variétés précédentes constituent le *lupus exedens*.

4° *Lupus avec hypertrophie (lupus non exedens)*. — Nous empruntons la description de cette variété à M. Cazenave : « Cette variété, dit-il, présente des phénomènes tout à fait remarquables : elle débute ordinairement à la face, qui en est le siège exclusif, par des tubercules peu saillants, mous, indolents, ordinairement nombreux ; ceux-ci occupent des surfaces assez étendues, une grande partie d'une joue par exemple, et quelquefois toute la figure ; ils ne s'ulcèrent point au sommet. Peu à peu la base de ces tubercules s'élargit, la peau et le tissu sous-jacent deviennent le siège d'un engorgement indolent, et les surfaces tuméfiées, présentent une sorte de bouffissure tout à fait remarquable : à d'un certain temps, la figure est parsemée de points rougeâtres qui ne sont que les tubercules qui, par suite de la tuméfaction des parties sous-jacentes, se trouvent au niveau de la peau ; on remarque çà et là, au milieu d'eux, des points blancs, véritables cicatrices qui ont remplacé les tubercules anciens. »

Cette variété est celle qui envahit l'espace le plus étendu. Elle occupe ordinairement toute la face, produit un gonflement des lèvres, une tuméfaction comparable à celle des autres parties, l'ectropion, l'épiphora, l'oblitération des narines, et parfois même envahit les oreilles. Il en résulte un aspect hideux et dégoûtant de la face. Il est, du reste, facile de se faire une idée de toutes les altérations que peut produire cette grave maladie.

Telles sont les diverses variétés du lupus. Pour compléter la description de cette affection, il suffit d'ajouter que ces différentes variétés ne s'excluent pas l'une de l'autre sur le même sujet, qu'il n'est pas très rare de les voir réunies, et qu'un érysipèle par exemple est une complication assez fréquente de la maladie.

*Esthiomène de la région vulvo-anale*. — M. Huguier (1), dans un mémoire plein d'intérêt, a donné l'histoire du lupus qui a pour siège la région vulvo-anale, laquelle il a reconnu la plus grande analogie avec la face. Il distingue trois variétés d'esthiomène : la première est l'esthiomène superficiel, ambulante ou serpentine, la deuxième est l'esthiomène perforant, et la troisième est l'esthiomène lymphatique. On voit que ces espèces correspondent à celles que nous avons décrites sur la face, et il est facile de s'assurer, par la description que donne M. Huguier, qu'elles ont les mêmes caractères dans les deux régions. Quant aux complications qu'elles peuvent produire, ils sont considérables, comme on peut en juger par les observations rapportées dans le mémoire dont il s'agit.

Deux des espèces que nous venons d'indiquer présentent chacune plusieurs variétés qui sont les suivantes : à l'esthiomène superficiel appartiennent l'esthiomène érythémateux, l'esthiomène tuberculeux. À l'esthiomène hypertrophique appartiennent l'esthiomène végétant, l'esthiomène œdémateux ou éléphantiasique.

Le diagnostic de cette affection a été donné avec un très grand soin par M. Huguier.

#### § V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans la description des variétés, on a indiqué la marche de l'affection : éruption de tubercules, d'ulcérations et de cicatrices, voilà en général

(1) Mémoire sur l'esthiomène ou dartre rongearde de la région vulvo-anale (Mémoires de l'Acad. de méd., Paris, 1849, t. XIV, p. 501).

erve. Quant à la *durée*, elle est généralement très longue ; il faut ordinairement années pour que la maladie se borne, et l'on voit des sujets chez lesquels elle siste toujours. On n'a pas à craindre la *terminaison* par la mort.

### § VI. — Diagnostio, pronostio.

Cette affection ne saurait être confondue avec une *tumeur cancéreuse* qui se manifeste presque toujours chez des sujets âgés, qui est dure, douloureuse, qui, lorsqu'elle s'ulcère, donne lieu à un suintement ténu, âcre, sanieux, et dont l'ulcération est profonde et grisâtre.

Les *tubercules syphilitiques* sont plus volumineux, arrondis, cuivrés, ne fournissant pas d'exfoliation, et lorsqu'ils s'ulcèrent, ce qui est plus rare que dans le *lupus*, ils présentent une ulcération arrondie, grisâtre, et à bords taillés à pic. Quant à la distinction qu'on a établie entre cette affection et l'*acne rosacea*, ainsi que l'*éléphantiasis des Grecs*, elle n'a pas une très grande importance, et il suffit de rapprocher les descriptions de ces maladies pour en saisir immédiatement les grandes différences.

*Pronostic.* — Le *lupus* est une maladie ordinairement très rebelle ; elle produit des destructions souvent très considérables ; c'est donc une affection qu'on doit considérer comme grave. Cependant elle ne menace pas l'existence. Une hypertrophie très considérable est un signe fâcheux. La mollesse, la coloration bleuâtre des cicatrices, la persistance de quelques tubercules dans leur voisinage, doivent faire craindre le retour du *lupus*. Plus la maladie est ancienne, plus elle est rebelle.

### § VII. — Traitement.

1° *Traitement interne.* — Si les sujets présentent des traces de scrofules, on leur administre les médicaments propres à combattre cet état (1).

Les malades doivent suivre tous les préceptes d'une bonne hygiène, et, pendant le traitement, se tenir à l'abri des influences atmosphériques.

On fait prendre des *boissons amères* et quelques *toniques*, mais rien ne prouve qu'on ait tiré de grands avantages de ces moyens.

On a eu recours, et principalement dans le *lupus non exedens*, à l'administration de l'*huile animale de Dippel* (5 ou 6 gouttes d'abord, portées progressivement jusqu'à 20 et 25 gouttes), à la *tisane de Feltz*, à la *solution de Pearson*, à celle de *Fowler*, aux *pilules asiatiques*, etc., sans en obtenir de grands avantages.

Un seul traitement interne mérite une mention particulière, c'est celui qui consiste dans l'administration de l'*huile de foie de morue à haute dose*. Emery a cité des faits nombreux dans lesquels ce moyen avait procuré soit une guérison complète, soit une très grande amélioration. Ce médecin donne l'huile de foie de morue à la dose de trois à cinq cuillerées à bouche d'abord, puis il va en augmentant, de telle sorte qu'il arrive à 4 ou 500 grammes et plus. La difficulté de faire prendre d'aussi énormes doses est le seul inconvénient de cette médication.

(1) Voy. art. SCROFULES, t. I, p. 377.

M. Teirlinck (1) a obtenu également une guérison chez un malade en donnant l'huile à la dose énorme d'une à deux livres par jour. La maladie se compliquait d'un état scrofuleux.

Le *deuto-iodure de mercure*, administré tous les jours à la dose de 20 à 25 milligrammes, et élevé successivement jusqu'à celle d'un centigramme, est, de tous les remèdes donnés à l'intérieur, celui qui a eu les résultats les plus avantageux entre les mains de M. Rayer. Au bout d'un ou deux mois, il faut laisser reposer pendant quelque temps les malades, et reprendre ensuite la première dose.

2° *Traitement local*. — Le traitement local consiste presque exclusivement dans l'emploi des *caustiques*. Une règle générale qu'il faut d'abord établir, c'est que les caustiques ne doivent être appliqués que sur des points limités ; on attaque ainsi successivement, par portions, toute l'étendue du mal.

Les *caustiques liquides*, tels que l'*acide sulfurique*, le *nitrate acide de mercure*, sont appliqués à l'aide d'un petit pinceau.

M. Cazenave (2) conseille également comme topique l'*huile animale de Dippel*, lorsque le *lupus* attaque les muqueuses extérieures, lorsque les ulcérations ont pénétré dans la bouche, les fosses nasales ; les caustiques les plus énergiques sont alors contre-indiqués.

*Cautérisation avec le chlorure d'or*. — M. le docteur Malichet (3) nous a fait connaître un traitement particulier employé avec beaucoup de succès par M. Potton à l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, et dans lequel la cautérisation à l'aide du *chlorure d'or en solution* entre comme moyen principal. Le traitement est dirigé de la manière suivante :

« 1° Une tisane amère ou dépurative ; 2° l'huile de foie de morue à l'intérieur, à la dose de trois ou quatre cuillerées à bouche par jour ; 3° la cautérisation avec le chlorure d'or en solution, répétée à peu près tous les huit jours.

» Voici la composition de cette préparation aurifère :

Or laminé.....	} à 1 partie.	Acide chlorhydrique....., 3 parties.
Acide nitrique.....		

» On obtient un liquide d'une couleur jaune bien prononcée. Pour bien conserver cette préparation, il faut qu'elle soit renfermée dans un petit flacon bouché à l'émeri, à l'abri du contact de l'air.

» Voici les règles à observer dans l'emploi de ce caustique, et les phénomènes qui suivent son application.

» On se sert d'un très petit pinceau, ou d'un peu de charpie portée à l'extrémité d'une pince ; on l'imbibe dans la dissolution aurifère.

» On cautérise toute la surface malade en la badigeonnant ; cependant lorsque le mal est trop étendu, il vaut mieux n'en toucher qu'une portion seulement ; aucun pansement n'est nécessaire, on laisse la partie exposée à l'air libre.

» Il faut que les croûtes ne soient enlevées ni par le malade ni par le médecin.

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 15 février 1852.

(2) *Ann. des maladies de la peau*, janvier 1852.

(3) *Efficacité du chlorure d'or employé comme caustique dans le traitement du lupus* (*Bull. gén. de thérap.*, t. XXXIV, mai 1850).

elles tombent spontanément à la suite d'un travail local modificateur et essent à la guérison de la maladie.

On revient à la cautérisation après la chute complète des croûtes, et seulement. On l'opère toujours de la même façon, on passe légèrement sur les parties affectées, on cautérise un peu plus fort les tissus où le mal est plus profond. Immédiatement après qu'on a touché les parties affectées, surtout si elles ont quelques points ulcérés, les malades éprouvent une douleur instantanée, quelquefois assez vive pour amener un larmoiement considérable des yeux, principalement chez les enfants. Cette douleur se dissipe graduellement et ne dure qu'une ou quelques heures, suivant l'étendue et la profondeur de la cautérisation.

Les règles générales que nous venons de tracer en peu de mots doivent être rigoureusement observées dans l'emploi de ce puissant caustique. »

La poudre arsenicale du frère Côme est principalement mise en usage dans le *lupus* rongeant. On l'applique ainsi qu'il suit :

On en délaye une petite quantité sur un morceau de faïence, et, à l'aide d'une spatule, on étend cette pâte liquide sur une surface qui ne doit pas dépasser dix lignes de diamètre. Quand ce point est cicatrisé, on attaque le suivant. Ce moyen ne doit être employé qu'avec une grande prudence.

On emploie aussi de la manière suivante (1) la poudre de Dupuytren, ainsi composée :

℞ Protochlorure de mercure. 99 parties | Acide arsénieux..... 1 partie.  
Mêlez.

La surface du *lupus* est-elle ulcérée, humide et nettoyée, on la saupoudre avec une petite houppe chargée de la poudre ci-dessus indiquée, de façon à la couvrir d'une couche épaisse d'un millimètre au plus. Cette surface est-elle couverte d'une croûte, il faut la faire tomber au moyen de cataplasmes; puis on saupoudre l'ulcère comme il vient d'être dit. Enfin l'ulcération est-elle actuellement couverte d'une cicatrice imparfaite, il faut la détruire; vingt-quatre heures après, on saupoudre la surface de l'ulcération, qui a cessé d'être saignante. Craint-on que la poudre n'adhère pas assez fortement aux parties, et qu'elle ne soit enlevée ou entraînée, on peut la délayer avec de l'eau de gomme, ou l'incorporer avec l'onguent rosat. Dans ce cas, il faut augmenter d'un ou deux centièmes la dose de l'acide arsénieux. Dans tous les cas, il faut attendre que la poudre ou la pommade tombe d'elle-même, ce qui arrive ordinairement au bout de huit ou dix jours, et renouveler les applications jusqu'à la guérison complète; elle a lieu quelquefois après huit ou dix semaines, ou cinq ou six applications.

La pâte de chlorure de zinc a été principalement mise en usage par Bielt; le médecin en employait deux différentes ainsi préparées :

#### PÂTE N° 1.

℞ Farine..... 2 parties. | Chlorure de zinc..... 1 partie.  
Mêlez.

(1) Rayet, *Traité des maladies de la peau*, Paris, 1835, t. II, p. 209.

## PÂTE N° 2.

℥ Farine..... 3 parties. | Chlorure de zinc..... 1 part

Mélez. On peut diminuer davantage encore la proportion de chlorure de zinc, suivant la sensibilité des parties.

On emploie cette pâte, ainsi que la *pâte au chlorure d'antimoine*, le *cautére de Vienne*, etc., de la même manière que la *pâte arsenicale* du frère Côme.

D'autres caustiques, et même le *cautére actuel*, ont encore été préconisés. Les précédents sont les principaux. Le cautère actuel est généralement abandonné aujourd'hui.

Restent les *frictions* faites avec certaines substances actives, dont on emploie principalement pour combattre le *lupus non exedens*, et les *frictions pommade au calomel*, à l'*oxyde de zinc*, etc. Celles qu'on pratique avec la *pommade à l'iodure de soufre* ont un peu plus d'efficacité. Voici la composition de cette pommade :

℥ Iodure de soufre..... 1 gram. | Axonge..... 30 g

Pour frictions, matin et soir.

M. Rayer a recommandé les frictions avec l'*iodure de mercure*. Il se servait de pommades ainsi composées :

℥ Proto-iodure de mercure. 2 gram. | Axonge..... 30 g

Mélez. :

ou bien :

℥ Deuto-iodure de mercure. 1 gram. | Axonge..... 30 g

Mélez. Pour une ou deux frictions par jour.

M. Cazenave (1) recommande de mettre avec un pinceau, sur les parties atteintes, une couche légère du mélange suivant :

℥ Bi-iodure de mercure.... 15 gram. | Axonge..... 5  
Huile d'amandes douces.. 10 gram. |

Ce topique occasionne une douleur assez forte et persistante, mais les cicatrices obtenues sont plus légères et de niveau avec le reste de la peau.

Il faut surveiller l'emploi de ces pommades, et surtout de la dernière, car elles irritent parfois très fortement la peau. Tant que cette irritation n'est pas dérangée, y eût-il même un peu de rougeur érythémateuse autour de la partie atteinte, on ne doit avoir aucune crainte, car ce degré d'irritation est nécessaire.

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 15 septembre 1851.

maladie soit modifiée ; mais si cette limite était dépassée, il faudrait s'arrêter immédiatement, et combattre l'irritation cutanée.

Quand le *lupus* ou *esthiomène* occupe la région vulvo-anale, on doit, si la maladie a résisté aux principaux moyens de traitement qui viennent d'être indiqués, couvrir les parties malades. Ce moyen a été employé nombre de fois par M. H. et a eu un grand succès.

Il faut ajouter qu'on doit surveiller la formation des cicatrices, afin qu'elles ne soient pas trop vicieuses, et remédier autant que possible à l'oblitération des conduits qui tendent à produire.

### ARTICLE III.

#### MOLLUSCUM, FRAMBOESIA, BOUTON D'ALEP, KÉLOÏDE.

Ces diverses altérations ne méritent guère qu'une simple indication et n'ont qu'une importance très secondaire.

Ces affections n'ont pas sans doute tous les caractères des tubercules tels qu'on les a donnés plus haut, mais il importe d'éviter les divisions trop nombreuses, c'est pourquoi on les a décrites dans ce chapitre.

#### 1° MOLLUSCUM.

Bateman s'est servi de ce mot pour désigner une maladie de la peau caractérisée par des *tubercules* répandus sur divers points du système cutané. Son analogie avec les proéminences nuciformes qui se développent sur l'écorce de l'éral qui ont fait donner cette dénomination.

Le *molluscum*, qui paraît être l'éruption fongique de Bontius, le *mycosis fungoides* d'Alibert, est une affection rare, dont les causes nous sont totalement inconnues ; elle consiste en des tubercules nombreux, à peine sensibles, lents à se développer, du volume d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon, affectant une forme tantôt globuleuse, tantôt aplatie. Le plus souvent ils conservent la couleur de la peau ; quelquefois ils sont brunâtres. Ainsi développés, ils restent stationnaires et persistent indéfiniment sans altération de la santé générale.

Riett (1) en a observé une forme particulière, principalement chez les jeunes femmes à la suite des couches. Les tumeurs étaient petites, aplaties, fendillées au sommet, brunâtres, indolentes et répandues sur tout le cou. Bateman avait admis un *molluscum contagiosum*, mais ce point a besoin d'être éclairé par de nouveaux faits.

Le traitement du *molluscum* n'est guère mieux connu que son histoire, Biett vu la première forme résister à une foule de moyens. Dans celles qu'il a décrites, il a employé avec succès les lotions répétées avec une forte dissolution de *sulfate de fer*. La liqueur de Fowler a procuré une amélioration notable dans le cas de *molluscum contagiosum* de Bateman.

(2) Dict. de méd., t. XX, art. MOLLUSCUM.



## 2° FRAMBOESIA.

Cette maladie, qui est connue en Amérique sous le nom de *pian* ou *épié* et que dans la Guinée on appelle *yaws*, a été décrite par Bateman sous le nom de *frambœsia*. C'est une affection extrêmement rare en Europe, commune en Afrique et aux Indes occidentales, et qui se développe particulièrement chez les nègres, surtout chez les enfants. Ses causes nous sont peu connues; elle paraît être contagieuse et, suivant les auteurs, elle se communiquerait par le contact de la matière qui s'écoule des tubercules ulcérés. Le *frambœsia* peut aussi se développer spontanément.

Le *frambœsia* se manifeste par de petites taches d'un rouge obscur, ordinairement groupées, se recouvrant bientôt de petites éminences qui deviennent de plus en plus saillantes et offrent l'aspect d'une surface hérissée de végétations entièrement isolées par leur sommet et réunies par leur base. Ces végétations sont d'un rouge blafard et indolentes; bornées à une petite surface, elles ressemblent par leur aspect à des *framboises* ou à des *mûres*. Les parties voisines de l'éruption sont dures, comme calleuses; les tubercules eux-mêmes se recouvrent habituellement de squames minces, sèches et adhérentes.

Dans quelques cas, les végétations s'ulcèrent à leur sommet et laissent écouler un liquide ichoreux qui baigne les parties voisines. Parfois un tubercule plus volumineux que tous les autres se change en une vaste ulcération dont le liquide sanieux corrode les tissus ambiants. Ce tubercule a reçu aux colonies le nom de *mamapian*, ou *mère du pian*.

Le *frambœsia*, qui peut avoir une durée indéfinie sans compromettre la santé, n'est pas immédiatement dangereux; quelquefois sa guérison s'opère par une résolution insensible des tubercules. Parfois les progrès de l'ulcération ont amené une terminaison fatale.

Le traitement du *frambœsia* se réduit à quelques applications caustiques pour détruire les tubercules dont la résolution ne saurait être obtenue autrement. La *pâte arsenicale du frère Côme* et le *nitrate acide de mercure* sont recommandés par MM. Cazenave et Schedel. Bielt a réussi une fois avec le *cautère actuel*.

## 3° BOUTON D'ALEP.

Ce nom a été donné à une affection tuberculeuse qu'on ne rencontre qu'en plusieurs villes de l'Orient, et notamment à Alep, où elle est endémique.

Le *bouton d'Alep*, qu'on dit *bouton mâle* quand il est seul, et *bouton femelle* quand autour des tubercules principaux on en voit d'autres plus petits, attaque principalement le visage. Il se développe par une petite saillie lenticulaire qui s'accroît circulairement pendant quatre ou cinq mois. A cette époque commence la *période de suppuration*, annoncée souvent par des douleurs très vives; puis vient la *période d'ulcération*, dont la durée n'est pas moins longue et qui se termine par la chute définitive de la croûte qui laisse une cicatrice déprimée indélébile.

Le *bouton d'Alep* n'est pas une affection grave. Ses causes sont très obscures, et son traitement, qui, pour M. Guilhou, doit se borner à des soins hygiéniques,

e nous est pas moins connu. M. Salina assure avoir toujours réussi à diminuer la urée et l'étendue de l'éruption en *cautérisant avec le fer rouge* avant la période e suppuration.

#### 4° KÉLOÏDE (1).

Alibert a donné le premier ce nom à une maladie assez rare, qui consiste en une tumeur irrégulière, ordinairement ovale, résistante au toucher, aplatie, saillante de quelques lignes, pouvant rester indéfiniment stationnaire, et ne disparaissant en totalité ou en partie que pour laisser après elle une cicatrice.

La kéloïde est le plus ordinairement seule, et occupe la partie antérieure et moyenne de la poitrine. Bielt en a vu plusieurs se fixer au cou et sur les côtés du thorax chez une jeune personne.

La forme de la kéloïde varie : elle peut être ovale, cylindrique, allongée, anguleuse ; elle est luisante et recouverte d'un épiderme aminci et légèrement ridé, ce qui, comme le fait observer M. Cazenave, lui donne l'aspect d'une cicatrice de brûlure au troisième degré. Rarement elle est le siège de quelque douleur. Elle n'a aucune influence sur la santé.

Elle est plus fréquente dans l'âge adulte et chez les femmes. Sa durée, qui peut être longue, est quelquefois indéfinie. Jusqu'à présent la thérapeutique est restée impuissante pour la guérir ; on conseille néanmoins les *frictions iodurées* et les *bouches de vapeur*.

## CHAPITRE VIII.

### AFFECTIONS HÉMORRHAGIQUES.

Dans des circonstances variées, la peau peut être le siège d'un flux hémorragique, d'où résultent tantôt un suintement auquel on a donné le nom de *sueur de sang* (2), tantôt de simples *pétéchies*, comme on en voit dans la peste et le typhus ; tantôt des *ecchymoses* comme dans le scorbut ; tantôt enfin des taches d'un pourpre plus ou moins foncé, qui constituent le *purpura*, affection qui, comme beaucoup d'autres que l'usage nous fait ranger parmi les maladies de la peau, est en d'être locale.

La sueur de sang est, en effet, un simple symptôme fort rare d'autres affections.

Les pétéchies et les ecchymoses sont beaucoup plus fréquentes, mais elles sont aussi purement symptomatiques et ne constituent même qu'un signe diagnostique d'une valeur assez limitée. Le purpura seul est une manifestation extérieure d'une affection bien déterminée.

Pour la description du purpura, on a suivi plusieurs divisions différentes. Willan a beaucoup trop multiplié les espèces ; il en est quelques-unes qui ne peuvent être

(1) Voy. l'Honneur, thèse. Paris, 1857.

(2) Parrot, *Étude sur la sueur de sang*, 1859.

admises : telles sont le *purpura senilis* et le *purpura contagiosa*. M. Rayet ne connaît un *purpura fébrile*, et un *purpura non fébrile* : cette distinction n'est pas sans importance, mais on peut, avec M. Cazenave, en établir une autre fondée sur de meilleurs caractères. Les choses se passant différemment suivant qu'avec les taches pourprées il y a ou non hémorrhagie par une ou plusieurs muqueuses, il en résulte deux espèces distinctes, qui sont le *purpura simplex* et le *purpura hæmorrhagica*.

## ARTICLE I<sup>er</sup>.

### PURPURA SIMPLEX.

Dans les descriptions de purpura qui nous ont été données avant qu'une bonne classification des maladies de la peau fût venue nous permettre d'établir un diagnostic précis, il y a nécessairement beaucoup de confusion, et cette confusion Willan et Bateman ne l'ont pas complètement évitée, puisqu'ils nous ont donné comme des purpura les pétéchie variées qui se montrent dans certaines maladies fébriles. Aujourd'hui cette confusion ne saurait plus exister.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

« Le *purpura simplex*, dit M. Cazenave, est caractérisé par l'apparition à la peau de plaques d'un rouge variable, peu étendues, ne disparaissant pas sous la pression du doigt, ayant pour caractère principal de n'être pas accompagnées d'hémorrhagie. » Quelques auteurs ont ajouté à ces caractères celui d'être non fébrile, mais c'est là une manière de voir erronée. Il est certain, en effet, que, dans un bon nombre de cas, il n'existe aucun symptôme de fièvre, mais il est assez fréquent de voir la maladie débiter par des malaises, de l'horripilation, etc., phénomènes évidemment fébriles, et, en outre, il n'est pas de praticien qui n'ait eu occasion d'observer des cas de *purpura simplex* bien caractérisés et dans lesquels il y avait une fièvre considérable.

Sans être une des maladies les plus fréquentes, le *purpura simplex* ne laisse pas de se montrer assez souvent.

#### § II. — Causes.

Les recherches sur les causes du purpura sont encore très insuffisantes. On a observé principalement cette maladie chez les femmes et les enfants, chez les sujets d'une faible constitution, chez ceux qui sont soumis à de mauvaises conditions hygiéniques ; mais ces conditions ne sont pas indispensables, et non-seulement on a vu le purpura se produire chez des individus qui n'offraient rien de semblable, mais encore on a rapporté bien des cas dans lesquels il existait des conditions opposées. On a cité de rares épidémies de purpura.

#### § III. — Symptômes.

Le principal et presque l'unique symptôme du *purpura simplex* consiste dans des éruptions successives de taches d'abord d'un rouge vif, puis offrant une teinte

de, et enfin une couleur jaunâtre qui se dissipe comme celle des ecchymoses. Sur quelques sujets, et principalement chez les vieillards, ces taches ont tout bord une couleur plus foncée; parfois même c'est une couleur brune presque noire, si que nous en avons vu récemment un exemple. Ces taches ont un caractère portant déjà signalé plus haut, c'est de *ne pas disparaître sous la pression*; en outre, elles augmentent lorsque le point sur lequel elles se trouvent est déclive et qu'il y a une certaine stase du sang. Elles sont arrondies, d'un volume qui ne détermine ordinairement pas celui d'une lentille, et qui est souvent au-dessous; elles sont plus ou moins rapprochées, mais ordinairement distinctes les unes des autres. Dans leur intervalle la peau ne présente aucune altération.

Il faut ajouter, pour compléter cette description, que parfois il survient un *gonflement considérable des parties affectées*, et principalement des membres inférieurs. Ce gonflement, borné à un point limité, est extrêmement douloureux, et, quoiqu'on ne voie pas de changement de couleur à la peau, tout porte à penser qu'il résulte d'un afflux du sang dans les tissus.

Il est rare, quoi qu'on en ait dit, que le purpura simplex se présente sans avoir précédé d'aucun symptôme. Presque toujours il y a un malaise plus ou moins considérable, de la céphalalgie ou simplement une pesanteur de tête. On observe encore le brisement des membres, la faiblesse, la perte de l'appétit. Fréquemment ces symptômes, après avoir duré quelque temps, se dissipent, la maladie poursuit son cours. Mais on voit des cas dans lesquels le *mouvement fébrile* est beaucoup plus intense et persiste pendant toute l'éruption, et en outre, comme l'affection est ainsi que nous l'avons déjà dit, constituée par des éruptions successives, il n'est pas rare de voir chacune de ces éruptions précédée de ces *symptômes généraux*.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il arrive quelquefois que le purpura suit une *marche* franchement continue; plus souvent ce sont des éruptions successives pendant lesquelles se manifestent un nombre plus ou moins grand de taches. Il faut, par conséquent, considérer séparément la *durée* des éruptions et celle de la maladie en général. Les éruptions durent de sept ou huit jours à quatorze ou quinze. Quant à la maladie, lorsqu'elle consiste qu'en une éruption ou en un petit nombre de taches, elle dure de dix à quinze jours; dans le cas contraire, on la voit durer quatre ou cinq semaines, et parfois elle devient *chronique* et résiste à tous les traitements. C'est surtout chez les vieillards à constitution affaiblie que l'on observe cette marche chronique. La terminaison n'est pas une terminaison qu'on puisse attribuer au purpura simplex.

#### § V. — Diagnostic, pronostic.

M. Rayer a cité un cas dans lequel l'*oblitération de la veine iliaque par des caillots sanguins* a donné lieu à des taches semblables à celles du purpura; mais ces cas de ce genre sont exceptionnels, et les cordons noueux que forment les ramifications veineuses mettent sur la voie du diagnostic.

Il ne s'agit qu'un examen très peu attentif qui pourrait faire confondre le purpura avec des *morsures de puce*, et, quant à la distinction des taches de cette affection

avec les *pétéchies des maladies graves* ou avec les *ecchymoses du scorbut*, le diagnostic est trop facile pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter un seul instant.

Le *pronostic* du purpura simplex n'est pas grave ; seulement, ainsi que nous l'avons dit à propos de sa terminaison, lorsqu'il est chronique, il est très rebelle et il annonce une détérioration plus ou moins profonde de la constitution.

## § VI. — Traitement.

Le traitement du purpura simplex, affection très peu grave, n'a qu'une importance très secondaire, et une simple indication suffit. Citons le passage suivant de l'article de M. Cazenave :

« Le traitement, dit-il, doit différer complètement selon l'état du malade et les circonstances qui ont présidé au développement de la maladie. Le purpura simplex peut se manifester, en effet, chez un individu vigoureux, sanguin ; il peut avoir été provoqué par un régime excitant, par des fatigues excessives, etc. Dans ce cas, il faudra avoir recours à des *émissions sanguines*, à l'emploi de quelques *bains frais*, de quelques *boissons rafraîchissantes* ; mais il faudra insister surtout sur le *repos* le plus complet qu'il sera possible.

« Le purpura a pu, au contraire, affecter un individu faible ou épuisé par l'influence débilitante de mauvaises conditions hygiéniques, et il y aura alors indication diamétralement opposée : on mettra le malade à l'usage de moyens *toniques et fortifiants* ; on lui fera prendre du *vin généreux*, quelques *tisanes amères*, quelques *ferrugineux*, etc. »

## ARTICLE II.

### PURPURA HÆMORRHAGICA.

Cette affection étant au fond la même que la précédente, dont elle ne diffère que par les hémorrhagies des muqueuses et par la gravité, on ne doit exposer dans cet article que les particularités qui la caractérisent.

## § I. — Définition, synonymie.

Le purpura hæmorrhagica, auquel Werlohf a donné le nom de *morbis maculosus hæmorrhagicus*, est une maladie caractérisée par des taches de la même nature que celles du purpura simplex, par des symptômes généraux plus graves, par des hémorrhagies plus ou moins abondantes. Cette affection n'est heureusement pas fréquente, bien qu'on en ait rapporté un assez bon nombre d'exemples à cause de la gravité des cas.

## § II. — Causes.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit des causes à propos du purpura simplex. On doit admettre seulement que ces causes ont eu une action plus énergique, plus prolongée, ou qu'elles ont exercé leur influence sur des sujets plus disposés aux hémorrhagies. En outre, on a cité des cas dans lesquels il existait une prédis-

tion telle, que la moindre cause occasionnelle déterminait une hémorrhagie hereditaire et une attaque de purpura hæmorrhagica.

### § III. — Symptômes.

Les *taches* de purpura hæmorrhagica sont plus larges que celles du purpura simplex; elles sont étendues, irrégulières, livides, et présentent l'aspect des ecchymoses récentes. Ces taches ont le même siège et les mêmes caractères que celles du purpura simplex, dont on observe aussi un nombre plus ou moins considérable au milieu d'elles. Dans quelques cas rares, on a vu les taches purpurines couvertes d'une bulle pleine de sang.

Mais un caractère plus important encore, car il sert à distinguer cette forme de la précédente, c'est la présence sur les diverses *muqueuses* de taches d'un rouge obscur semblables à celles qui se montrent à la peau. Ces taches sont autant de points par lesquels s'effectuent des *hémorrhagies* souvent très abondantes et parfois foudroyantes. Il est aussi des cas de purpura dans lesquels les hémorrhagies ont lieu jusque dans le parenchyme des organes. On a déjà cité des cas de ce genre en parlant de diverses hémorrhagies constitutionnelles (1). C'est surtout alors que les hémorrhagies sont foudroyantes. Quelquefois ces hémorrhagies deviennent chroniques; ainsi on voit chez certains individus quelques taches purpurines sur la muqueuse, celle de la bouche, par exemple, donner lieu, pendant un temps fort long, à des hémorrhagies modérées qui, se reproduisant chaque jour ou à des intervalles variés, mais rapprochés, finissent par détériorer complètement la constitution.

Parmi les *symptômes généraux* qui appartiennent au purpura hæmorrhagica, il faut distinguer ceux qui accompagnent la maladie de ceux qui en sont le résultat. Les premiers sont les mêmes que dans le purpura simplex, mais beaucoup plus intenses; au malaise général, à la courbature, se joignent souvent l'anxiété précardiale, des étourdissements, des lipothymies, etc. Le *mouvement fébrile* est le plus constant et plus violent. On a observé quelquefois la *diarrhée* et des *coliques* plus ou moins intenses, mais bien plus souvent la *constipation*. Quant aux seconds, ils ne sont autre chose que les symptômes de l'anémie, et il serait par conséquent inutile de les décrire ici (2).

M. le docteur Parkes (3) a donné l'analyse du sang veineux dans deux cas de purpura hæmorrhagica. Dans le premier, il y avait abaissement général dans la proportion des matériaux solides du sang, avec conservation de la proportion relative de chacun d'eux. Dans le second, la circonstance la plus remarquable était l'*augmentation de la fibrine*, et dans les deux il y avait *augmentation de la quantité normale du fer*.

Dans un cas cité par M. Hérard (4), on n'a trouvé nulle trace de fibrine, et il a été en outre impossible de séparer les globules du sérum; mais dans un cas sem-

(1) Voy. *Épistaxis* (tome II, p. 247), *Hématémèse* (tome III, p. 746), etc.

(2) Voy. article *Anémie* (tome I<sup>er</sup>, p. 490).

(3) *London medical Gazette*, 1848.

(4) *Bulletin de l'Acad. impériale de méd.*, t. XVIII. Paris, 1852, p. 298.



blable quant aux symptômes, nous avons trouvé une quantité notable de fibrine, de sorte qu'il n'y a rien de fixe à cet égard.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est souvent rapide, mais on observe dans cette espèce les mêmes éruptions indiquées dans la précédente, et nous avons déjà dit qu'elle pouvait se montrer sous une *forme chronique*. Il en résulte que la *durée* est très variable. Cela dépend surtout de l'abondance des hémorrhagies. Quant à la *terminaison*, elle est assez fréquemment funeste, et c'est principalement aux hémorrhagies abondantes qu'il faut attribuer la mort. Lorsque ces hémorrhagies se font dans l'intérieur même des organes, et qu'elles occupent un grand nombre de points, la mort peut être presque instantanée.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Elles consistent uniquement dans les infiltrations sanguines qui se montrent dans la peau et dans le tissu des organes, et dans l'état exsangue de diverses parties du corps.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* ne demande pas de plus grands développements. Il est évident qu'il est le même que dans le cas précédent, et, de plus, l'existence des hémorrhagies vient le rendre plus facile. Lorsqu'on peut apercevoir le point de la muqueuse par lequel s'échappe le sang, et que ce point est occupé par des taches purpurines, le doute n'est pas permis.

Le *pronostic* est beaucoup plus grave que dans l'espèce précédente, et c'est surtout sur l'abondance des hémorrhagies que se mesure le danger.

#### § VII. — Traitement.

Le passage suivant est emprunté à M. Cazenave. Le traitement y est très bien résumé, et le praticien n'a pas besoin de plus grands développements.

« On retrouve ici, dit M. Cazenave, mais dans des proportions bien différentes, ce que j'ai dit des indications tout à fait opposées sur le traitement du *purpura simplex*. Cette différence tient d'ailleurs aux mêmes causes. Ainsi on pourra employer les *saignées*, les *émollients*, mais ce ne sera que dans le plus petit nombre des cas, le plus souvent, et selon les cas, il faudra ordonner le *repos complet*, mettre le malade à l'usage des *acides végétaux*, des *boissons glacées*, lui faire prendre des *aliments froids*, ou bien employer le *quinquina* uni à l'eau de *Rabel*, la décoction de *ratanhia*, les *vins généreux*, les *amers*, etc. Il pourra être utile de vider les organes digestifs par l'emploi de quelques *purgatifs*, du *calomel* par exemple. »

Un journal anglais (1) rapporte l'observation d'une femme sur le point de succomber à cette affection, et chez laquelle l'*acide gallique* donné à la dose de 2 grammes, uni à 4 gouttes de laudanum toutes les demi-heures, fit cesser les accidents. • Des faits que nous avons observés récemment, ajoute ce journal, nous

(1) Voy. *The Lancet*, et Bulletin gén. de thérap., 15 mai 1851.

orient à penser que l'*acide tannique* est un antihémorrhagique par excellence et pourrait remplacer l'acide gallique. »

M. le docteur Harty (1) a vu guérir avec rapidité le *purpura hæmorrhagica*, sous l'influence des *purgatifs répétés*.

M. le docteur Moore Neligan (2) a rapporté quatre cas dans lesquels un *purpura hæmorrhagica* très grave a été promptement guéri par l'*essence de térébenthine* : donne ce médicament à la dose de 25 à 40 grammes chez les adultes, et de 8 à 15 grammes chez les enfants. Quoique l'auteur pense que l'essence de térébenthine n'a que comme purgatif; car, d'une part, M. Moore Neligan a été habituellement conduit à assurer l'action purgative par l'addition de l'huile de ricin ; et, de l'autre, la rapidité de la guérison a été en raison directe de l'effet purgatif.

« Dans quelques circonstances, ajoute M. Cazenave, on pourrait avoir recours aux *émissions sanguines* générales et locales ; mais, dans tous les cas, il ne faudrait employer ce moyen qu'avec une extrême attention. » M. le docteur Losetti (3) a rapporté un cas de *purpura hæmorrhagica*, dans lequel les *saignées*, au nombre de six, ont produit une amélioration prompte et procuré une guérison rapide.

« On combattra les hémorrhagies qui accompagnent cette forme de *purpura* par des *lotions avec de l'eau glacée*, par des *injections styptiques*, et par le *tamponnement* au besoin. Dans ces cas, on a retiré souvent de bons effets de l'emploi des *ablutions froides sur tout le corps*.

« Quant aux taches purpurines, on peut les attaquer localement par l'application de *compresses imbibées de chlorure de chaux*, par des *décoctions astringentes*.

« Ce qui importe surtout, c'est de placer le malade dans des *conditions hygiéniques* favorables : ainsi on le mettra à même de respirer un air pur, d'habiter des lieux sains ; on le soumettra à un *régime* alimentaire doux et fortifiant. Enfin, et surtout pendant la convalescence que l'on peut avoir recours à l'emploi de quelques *toniques*, des *boissons ferrugineuses*, par exemple. On a eu plusieurs fois cours alors avec avantage aux *bains de mer*. »

[Une question importante s'agite en ce moment au sein des sociétés savantes, relative de l'emploi à l'intérieur du *perchlorure de fer* dans les hémorrhagies, et spécialement dans le *purpura*. M. le docteur Pize (de Montélimart) a soumis à l'Académie de médecine un mémoire relatif à l'emploi du *perchlorure de fer* dans le traitement du *purpura hæmorrhagica*, et à son *action sédative* sur le cœur (4).

Les conclusions de M. Pize, dit M. Devergie, rapporteur, sont les suivantes :

Que le *perchlorure de fer* est l'agent par excellence de la guérison de cette maladie, puisqu'il arrête les hémorrhagies dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures, et que, continué pendant quelques jours, il fait rapidement entrer le malade en convalescence ; 2° que, puisqu'il produit un ralentissement immédiat de la circulation, puisqu'il fait descendre les battements du poulx en vingt-quatre heures de 110 à 80 pulsations, le *perchlorure de fer* exerce une action sédative

(1) *Edinburgh medical and surgical Journal*, t. IX.

(2) *Dublin Journal*, novembre 1845.

(3) *Annali universali di medicina*, mars 1848.

(4) *Bulletin de l'Acad. de médecine*, t. XXV, p. 686 et suiv. — *Gazette hebdomadaire*, mai 1860, n° 21, page 348.

immédiate sur le cœur. Le rapporteur, n'ayant pu expérimenter sur des cas de *purpura hæmorrhagica*, juge et approuve par analogie le traitement en question, car il a vu guérir avec rapidité le *purpura simplex* par le perchlorure de fer, en en exceptant toutefois les cas à *éruption successive*.

Nous ne pouvons pas rapporter ici les diverses opinions déjà émises sur le mécanisme de son action, puisque quelques médecins ont déjà nié la valeur du médicament et rapporté la guérison ou à la nature, ou aux autres agents employés.

Nous ajouterons seulement que M. Bouillaud croit que M. Pize s'est trompé en attribuant la sédation du cœur au perchlorure de fer; que M. Piorry a répété pour lui-même la première application du perchlorure à la maladie en question, que M. Trousseau a nié l'absorption des préparations ferrugineuses, etc.

Comme il est impossible de prévoir ce qui résultera d'une discussion éternelle, nous ne pouvons qu'engager les praticiens à employer le nouveau médicament; car, après tout, il ne saurait être nuisible.

M. Pize conseille de le donner à la dose de 25 à 30 gouttes dans un julep de 100 grammes, en vingt-quatre heures. On pourrait formuler comme il suit:

℞ Julep simple....	100 à 120 gram.	Sirop simple.....	30 gram.
Perchlorure de fer.	25 à 30 gouttes.		

Mélez. A prendre par cuillerées à bouche en vingt-quatre heures.

On évitera l'association de préparations contenant du tannin.]

### ARTICLE III.

#### HÉMATIDROSE.

[En compulsant les observations publiées par les médecins de tous les temps et en particulier en passant en revue les réflexions, les faits et les conclusions émis par M. le docteur Parrot (1), nous arrivons à admettre presque nécessairement les idées de notre collègue.

*Définition.* — L'hématidrose est une maladie rarement héréditaire, presque toujours liée à des accidents hystéro-épileptiques, et caractérisée par l'écoulement sur une ou plusieurs régions du corps pourvues abondamment de glandes sudorifères, d'une rosée sanguine passagère ou persistante, coïncidant ou alternant avec des hémorrhagies membraneuses ou parenchymateuses, accidentelles ou physiologiques, et ne laissant après l'hémorrhagie aucune trace de lésion anatomique visible.

*Synonymie.* — Il faudrait bien se garder de confondre avec l'hématidrose l'hémophilie. Cette erreur a été faite par des auteurs d'une grande valeur. L'hémophilie est héréditaire; l'hématidrose s'établit d'elle-même sans antécédent familial. Cette première maladie s'observe presque toujours dans le sexe masculin, la seconde, dans presque toutes les observations, se rencontre chez de jeunes femmes pubères. L'hémophilie débute dès l'enfance, produit des hémorrhagies intarissables à la faveur de plaies même très légères, des ecchymoses éno-

(1) Parrot, *Étude sur la sueur de sang et les hémorrhagies neuropathiques*, Paris, et *Gazette hebdomadaire*, janvier 1860.

ielles ou profondes. L'hématidrose fait couler le sang sur la peau en l'absence de tout contact.

*Observations anatomiques. — Nature du liquide épanché.* — Dans un cas observé par M. Parrot et dans un autre signalé par M. Magnus Huss, le sang a toujours présenté les caractères physiques du sang, soit pendant qu'il est sur la peau, soit sur les linges tachés par la sueur de sang. L'examen microscopique, fait à diverses reprises, a révélé la présence d'un grand nombre d'hématies parfaitement régulières, de quelques rares globules blancs et de fragments de fibrille au milieu d'un liquide incolore, transparent. C'est donc bien du sang qui voit s'écouler sur la peau des malades, et non, comme on l'a dit, un liquide plus ou moins aqueux, teint en rouge par la matière colorante du sang.

*Nature de la maladie est établie par ces considérations.* L'hématidrose est une hémorragie ; la présence des hématies dans le liquide épanché ne laisse aucun doute à cet égard. Par suite, on peut dire qu'il y a dans l'hématidrose une rupture vasculaire ; cette conclusion résulte du fait même de l'idée, l'hémorragie.

*Étiologie physiologique.* — Par quelle voie le sang arrive-t-il à la surface des malades ? Tous les auteurs sont unanimes pour dire que, dans l'hématidrose, la peau offre une intégrité parfaite, soit avant, soit après la sortie du sang, d'où la nécessité d'invoquer les ouvertures naturelles.

M. Gendrin affirme que le sang s'échappe par les *glandes sudoripares*, par les pores de la sueur ; c'est également l'opinion de M. Parrot. En effet, l'hématidrose se montre sur des régions où les glandes sudoripares sont très abondantes : paume des mains, doigts, plante des pieds, orteils. Dans ces régions, les glandes sébacées manquent absolument aussi bien que les bulbes pileux.

L'hémorragie ne saurait donc reconnaître pour point de départ la rupture des capillaires qui alimentent les follicules pileux et les glandes sébacées. Ces derniers appareils sont d'ailleurs oblitérés par leurs produits pileux et graisseux ; plus elles sont infiniment moins vasculaires que les glandes sudoripares. Le microscope n'a jamais montré de matières grasses mêlées au sang épanché. Si la conclusion est trop exclusive, on peut au moins affirmer que l'hémorragie siège dans un organe sécréteur ; c'est là le fait principal.

*Mécanisme de l'hématidrose.* — On ne croit plus aujourd'hui à ce mécanisme qui suppose une dilatation exagérée d'orifices ou de canaux que l'on supposait communiquer avec des vaisseaux sanguins ; il est démontré qu'entre les cellules glandulaires et le globule sanguin, il y a une paroi sans porosités dilatables, et que cette paroi ne saurait être franchie à moins d'une rupture préalable. Dans l'hématidrose, la rupture n'est pas apparente ; mais on peut affirmer qu'elle existe, et considérer comme très probable qu'elle se fait dans le réseau capillaire situé immédiatement sous l'épithélium de la glande.

*Étiologie intime de l'hématidrose.* — Les auteurs anciens admettaient l'augmentation de la fluidité du sang, d'où sa facilité à quitter ses voies naturelles pour se rendre dans les exhalants de la peau. M. Gendrin reconnaît à l'hématidrose les causes qu'à d'autres maladies ; il trouve que les faits accusent l'existence d'une léthargie générale ou locale. Pour M. Parrot, les idées de congestion et de stase sont invraisemblables. La chloro-anémie, au contraire, a coïncidé bien souvent avec l'hématidrose.

Enfin il existe une analogie frappante entre l'hématidrose et les troubles nerveux de toute sorte auxquels elle est souvent associée (attaques d'hystérie et d'épilepsie, douleurs névralgiques); elle semble n'en constituer qu'une dépendance. Tous ces phénomènes pathologiques réunis sur un même sujet ont un lien commun, une signification analogue. L'identité de cause se révèle d'elle-même et autorise à proclamer la *nature essentiellement nerveuse de l'hématidrose* (Parrot). C'est pour M. Parrot l'un des modes de manifestation de l'état névropathique; c'est un phénomène de même valeur que la convulsion, par exemple. On serait tenté de dire qu'on a de la sueur de sang comme on a une attaque de nerfs, et de ranger l'hématidrose à côté de l'épilepsie, de la chorée et de la passion hystérique.

*Début.* — Il est en général brusque; la malade est agitée, irritable, abattue au physique et au moral; elle se plaint de douleurs vives, à formes rhumatismales, tantôt sur le front, les oreilles, les paupières, la vulve, la poitrine, l'épigastre, les doigts, etc., tantôt dans la profondeur des viscères. En même temps, douleurs lombaires, troubles de la sensibilité, analogues à l'*aura* de l'épilepsie, terminés enfin par des convulsions hystériques ou épileptiques des plus violentes. Enfin, quand ces phénomènes sont à leur maximum, et comme pour les calmer, la sueur de sang apparaît.

*Symptômes.* — Le premier accès surprend la malade; elle passe comme par hasard les mains ou son mouchoir sur le visage ou sur les régions douloureuses, et les retire teintes de sang. La *quantité* du liquide n'est jamais considérable et ne saurait plonger les malades dans la prostration consécutive aux autres hémorragies. Cet abattement semble plutôt le résultat d'un épuisement nerveux amené par les attaques hystériques simultanées. L'hématidrose s'arrête *en général d'elle-même* et cesse pour un temps variable comme le retour des conditions étiologiques. D'un accès à l'autre et dans un même accès, le siège varie; le front, les paupières inférieures, les ailes du nez, les lèvres, le menton, etc., et toutes les régions douloureuses affectées pendant les prodromes peuvent être le point de départ successif de la sueur sanguine. Quand la sueur a cessé, le point malade n'offre aucune rougeur, aucune ecchymose, quelquefois la chaleur locale est seulement augmentée; en même temps un léger mouvement de fièvre se manifeste. Le sang s'échappe sous *forme* de gouttes qui coulent, de perles qui sèchent en naissant; d'autres fois le visage est couvert de sang, et les assistants croient voir une *personne assassinée*.

Les *symptômes généraux* ne sont jamais les mêmes d'un accès à l'autre: l'hématidrose, mêlée à des phénomènes de névralgie ou d'ataxie extrême, éclate en général au milieu du plus grand désordre des fonctions. Une émotion vive intervient, l'époque menstruelle étant peu éloignée; tout à coup douleurs multiples, convulsions, spasmes glottiques, dyspnée, étouffement, vomissements bilieux, puis tout à coup un masque sanglant couvre le visage et tous les symptômes s'amendent.

*Hémorrhagies simultanées.* — Dans le plus grand nombre des cas, on a observé que l'hématidrose était précédée, accompagnée, suivie d'hémorrhagies diverses précédées de leurs prodromes ordinaires, des phénomènes névropathique, névralgique et de dysménorrhée, qui forment le cortège habituel de la sueur de sang. Ainsi, dans un cas, la sueur de sang coule ses dernières gouttes, et une hématomèse considérable éclate; ailleurs c'est l'épistaxis ou l'hémoptysie; l'hématurie, des

de sang nés des pores ou des follicules des cils pour quelques-uns, et pour d'autres, des glandes lacrymales ; des ecchymoses, ou mieux des taches d'un jaune pâle, affectant quelquefois la forme hémiplogique, ces taches envahissant quelquefois les muqueuses ; des hémorrhagies mammaires alternant avec la suppression des règles.

Toutes ces hémorrhagies sont si nettement encadrées dans des phénomènes nerveux dont elles sont comme un symptôme, que M. Parrot n'hésite pas à les mettre dans la même classe que l'hématidrose, et à en faire des *hémorrhagies névropathiques*. La source précise de ces hémorrhagies semble le plus souvent la même que sur la peau, quand la source de l'hémorrhagie comporte des glandes et des conduits excréteurs. A ce compte, exclusion de l'idée d'exhalation, de suintement adoptée par les anciens, et assimilation du flux utérin à une hématidrose.

*Phénomènes nerveux concomitants.* — Outre les convulsions hystériques et épileptiques, il nous faut signaler la *douleur*, qui souvent adopte avec l'hématidrose un foyer commun. Souvent aussi ces deux symptômes siègent sur des parties éloignées l'une de l'autre. Tout en restant simultanées, elles ne sont plus superposées. Les douleurs ovariques, par exemple, accompagnent l'hématidrose du visage. Ces douleurs ont le caractère névralgique, soudaineté, cuisson, brûlure, prurit local, irradiations, degrés d'intensité très variables ; tantôt c'est un simple prurit incommode ; tantôt une simple barbe de plume passée sur la peau arrache les cris ; ici battements douloureux à la peau, dans les points d'où le sang va s'échapper. Après le paroxysme de douleur et d'hématidrose, le calme survient.

L'engourdissement et même la paralysie se rencontrent encore quelquefois dans les parties où se manifeste la sueur de sang, ou bien ce sont d'autres troubles sensoriaux, bourdonnements d'oreille, obscurcissement de la vue, délire, syncope, spasmes et contractures.

La marche de l'hématidrose se lie intimement à la cause adoptée et démontrée ci-dessus. Comme phénomène névropathique elle est irrégulière, survient par accès de durée inégale, et passe d'une région à l'autre en affectant quelquefois une forme intermittente.

*Durée.* — Le plus souvent elle varie beaucoup, quelques secondes, quelques heures, quelques jours avec une série d'exacerbation.

*Terminaison spontanée.*

*Causes.* — Très rare dans la première enfance, le cas le plus prématuré s'est manifesté à six ans. L'hématidrose paraît surtout coïncider avec les troubles de menstruation : des fatigues prolongées, amenant ou exagérant la chloro-anémie, un tempérament nerveux, une nature impressionnable, un caractère irascible, et par-dessus tout le sexe féminin, y prédisposent singulièrement.

L'action des causes déterminantes est plus nette : la frayeur, la colère, la crainte, un violent chagrin, une simple contrariété, la joie, les grandes jouissances, en un mot toutes les perturbations morales, tiennent le premier rang.

Le froid et le chaud se succédant rapidement, un exercice corporel exagéré, déterminent quelquefois les accès. Enfin il faudrait insister tout spécialement sur l'influence des hémorrhagies, et principalement du flux menstruel. Ce dernier s'est trouvé si souvent troublé avant les accès de l'hématidrose, qu'il est bien naturel



se demander si elle n'est pas, comme les symptômes névropathiques, sous la dépendance de l'aménorrhée.

*Diagnostic.* — Nous avons déjà montré qu'il n'y a rien de *synonyme* entre l'hémophilie et l'hématidrose, le diagnostic de ces deux conditions hémorrhagiques se trouve donc assez nettement établi ci-dessus, à l'article *synonymie*. Il faut exclure de l'hématidrose toutes les hémorrhagies qui se font à la surface de la peau, à la suite de plaies anciennes ou récentes, ou à la surface des plaies qui bourgeonnent. Il en est de même de toutes ces hémorrhagies en nappes qu'il est permis de rattacher à une altération du sang, comme dans le scorbut ou dans les intoxications aiguës ou chroniques.

*Pronostic.* — L'hématidrose est plus effrayante par elle-même qu'elle n'est grave. Si la vie de la malade est compromise, ce n'est jamais par l'abondance invincible de l'hémorrhagie, puisqu'en général elle dure peu, que la perte est plus fictive que réelle ; mais elle peut l'être par un accident étranger, car il ne faut pas perdre de vue qu'elle n'est, après tout, qu'un symptôme, qu'elle ne se manifeste presque jamais en toute indépendance, et qu'elle constitue très rarement un acte à elle seule, au milieu des phénomènes morbides auxquels elle prend part.

*Traitement.* — Les observations autoriseraient à dire qu'il n'y en a aucun ; cependant les indications abondent, et l'hygiène ou la prophylaxie a son rôle important. On évitera toutes les causes signalées plus haut en ce qu'elles peuvent troubler la menstruation, éveiller les troubles nerveux et altérer la constitution.

La vie physique, les antispasmodiques, les narcotiques, les amers, le fer, les bains, l'hydrothérapie, les astringents administrés à froid à l'intérieur et localement, semblent devoir être surtout conseillés.

On ne perdra pas de vue qu'il serait inutile et qu'il pourrait être dangereux de s'adresser pendant l'accès à la sueur de sang par des moyens répercussifs : *inutile*, car la mobilité est le cachet principal de la maladie ; *dangereux*, parce que les observations attestent que l'hémorrhagie cutanée peut être suivie d'hémorrhagies muqueuses et peut-être parenchymateuses.]

---

## CHAPITRE IX.

### AFFECTIONS CUTANÉES DE DIVERSES NATURES.

(*Macules, éléphantiasis des Arabes, pellagre, acrodynie.*)

Nous réunirons dans un même chapitre plusieurs affections de nature fort différente, parce qu'agir autrement serait multiplier beaucoup trop les divisions. Quelques-unes de ces affections ont un intérêt réel. Nous mentionnerons en particulier la *pellagre*, que, jusqu'à ces derniers temps, on a pu regarder comme très rare en France, dont on n'admettait même pas l'existence à Paris, et qui, d'après les

recherches récentes, est au contraire fréquente dans quelques-unes de nos contrées (1), et se montre quelquefois dans la capitale. Toutefois on peut dire d'une manière générale que ces diverses affections n'ont qu'une importance secondaire pour la grande majorité des praticiens.

ARTICLE I<sup>er</sup>.

## MACULES.

Sous ce titre, on ne comprendra, avec MM. Cazenave et Schedel, que les altérations de couleur dépendant d'une altération du pigment de la peau, nous décrirons successivement les *colorations* et les *décolorations*.

1<sup>o</sup> COLORATIONS.

Parmi les colorations de la peau, les unes sont générales, les autres partielles la *teinte bronzée* constitue à elle seule la première espèce ; les colorations partielles sont le *lentigo*, les *éphélides* et les *nævi*.

*a. Teinte bronzée.* — Il est rare qu'elle survienne spontanément et sans cause connue ; dans la majorité des cas, elle est due à l'administration du *nitrate d'argent*, et alors la coloration est plus foncée. Elle se manifeste ordinairement assez longtemps après qu'on a commencé l'usage de ce médicament. La peau prend d'abord une teinte bleuâtre, puis légèrement bronzée, ce qui est surtout sensible quand les parties sont exposées au soleil. Cette coloration, qui est générale, est plus intense aux endroits où la peau est plus fine et exposée à la lumière, comme à la face et aux mains. Peu à peu elle se fonce davantage, et devient presque noire. Les conjonctives et la muqueuse des lèvres et d'une partie de la bouche ont une teinte livide. Au visage, sous l'influence des causes qui produisent la pâleur, la teinte paraît momentanément plus foncée ; elle l'est moins quand l'individu affecté rougit. Les poils sont exempts de la coloration anormale.

Cette teinte, qui ne s'accompagne d'aucun trouble, persiste le plus souvent d'une manière indéfinie, et résiste à tous les efforts de la thérapeutique. Bielt avait vainement eu recours aux bains excitants, alcalins et ferrugineux.

[ *b. Peau bronzée.* — Nous rappelons ici que l'on a nommé *peau bronzée* (*bronzed skin*) une coloration particulière qui accompagne une altération des capsules surrénales, et dont on doit la description au médecin anglais Addison. Nous avons consacré un article entier à ce sujet dans un autre volume de cet ouvrage (2) ; on consultera aussi avec fruit la thèse intéressante de M. Second Fériol (3) sur ce point. ]

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. I, p. 440 ; t. II, p. 6 ; t. X, p. 788. — L. Marchand, *Documents pour servir à l'étude de la pellagre des Landes*. Bordeaux, 1847, in-8° avec planches. — Costallat, *Étiologie et prophylaxie de la pellagre* (*Annales d'hygiène publique*, Paris, 1860, t. XIII). — Landouzy, *Du traitement curatif et préservatif de la pellagre*, Paris, 1860.

(2) Voyez t. I<sup>er</sup>, page 589.

(3) *Gazette médicale*, septembre 1856.

*c. Lentigo.* — C'est ce qu'on appelle vulgairement *taches de rousseur*, *éphélides lentiformes* ; c'est le *pannus lenticularis* d'Alibert. Le lentigo consiste dans de petites macules ordinairement d'un jaune fauve, ne dépassant jamais la largeur d'une lentille, le plus souvent plus petites. On les rencontre aux mains, au cou, surtout à la face, chez les individus jeunes, blonds, à peau blanche, fine, chez ceux qui s'exposent aux rayons du soleil. Il est plus commun dans les pays chauds et chez les individus d'un tempérament lymphatique. Il persiste le plus souvent d'une manière indéfinie, et ne réclame aucun traitement.

*d. Éphélides.* — On les a aussi nommées *taches, hépatiques, pannus hepaticus* (Alibert). Ce sont des taches irrégulières, beaucoup plus étendues que celles du lentigo, d'un jaune safrané, le plus souvent accompagnées de démangeaisons, et parfois donnant lieu à une exfoliation légère.

On les rencontre surtout chez les femmes, et en particulier chez celles qui sont blondes et ont la peau fine. Elles peuvent être déterminées par l'insolation et les écarts de régime, ou coïncider avec des troubles menstruels. Ce sont les éphélides qui constituent ce qu'on appelle le *masque* chez les femmes enceintes. Elles se montrent le plus souvent au cou, à la poitrine, aux membres.

Leur forme est irrégulière ; elles laissent entre elles des places où la peau a sa coloration normale ; quelquefois elles se réunissent pour constituer des plaques d'une étendue considérable. Elles ne sont pas proéminentes, et donnent lieu parfois à des démangeaisons incommodes. Souvent elles n'ont qu'une durée passagère ; parfois elles persistent longtemps.

Le traitement des éphélides, qui consiste en *lotions astringentes, liniments détersifs, applications résolutes*, est inutile, sinon nuisible. Il faut se borner à donner à l'intérieur l'eau sulfureuse d'Enghien ou de Cauterets, deux ou trois fois par semaine un bain sulfureux, parfois un laxatif léger ; elles cèdent ordinairement à l'emploi de ces moyens.

Le docteur Spengler (1) rapporte trois observations de cette affection qui fut guérie en huit jours par la *teinture d'ellébore* blanc employée en *frictions*.

*e. Nævi.* — Ce sont toutes ces taches congénitales attribuées vulgairement aux impressions éprouvées par la mère et transmises au fœtus. On les a désignées sous les noms de *spili*, de *nævi* proprement dits, et de *signes*. Les causes nous en sont tout à fait inconnues.

Les *nævi*, qui ne sont qu'une altération du pigment (*spili*), ne déterminent ni douleur ni démangeaison ; ils ont une foule de formes et de nuances ; ils varient singulièrement en étendue. Le plus souvent ils se montrent à la face ; parfois ils sont recouverts de poils durs et courts. Ils ne réclament aucun traitement.

Certains *nævi* sont sous la dépendance du système vasculaire ; plusieurs se rapportent à ce que Dupuytren appelait *tumeurs érectiles*, et sont du domaine de la chirurgie ; les autres constituent des taches rouges ou violettes (*taches de vin*). Ni les unes ni les autres ne méritent que nous nous y arrêtions. Nous nous contenterons de citer un procédé fort ingénieux, que le docteur Fayolle (de Guéret) a imaginé pour les détruire :

(1) *Neue medicinische chirurgische Zeitung*, et Journal des connaissances médic.-chir., décembre 1852.

L'appareil instrumental, dit M. Fayolle, se compose d'épingles d'acier bien trempées, de différentes longueurs et de grosseurs diverses, de fils à ligature cirés et en triple, enfin d'un sécateur pour couper les épingles. »

Il procède à l'opération en trois temps qu'il décrit dans les termes suivants :

**Premier temps.** — L'épaisseur du *nævus* étant reconnue, une première épingle est enfoncée dans la peau à une ligne et demie au delà de la tache ; elle porte, par conséquent, sur les tissus sains. Je la fais suivre d'une seconde, qui est tangente à la circonférence de la tumeur. Une troisième épingle, parallèle aux deux précédentes, et à une ligne et demie de la seconde, est enfoncée à une certaine distance (une ligne et demie également) du bord de la tache : elle doit passer au-dessous de l'épaisseur limitée de la tumeur, et ressortir de l'autre côté de celle-ci, en traversant également les tissus sains. On place ainsi successivement plusieurs épingles parallèles et espacées par des intervalles égaux ; elles doivent, par leur réunion, se trouver toutes comprises dans un même plan sous-jacent à la face profonde de la production dentelle.

**Deuxième temps.** — Une anse de fil est passée sous les extrémités de la première épingle ; les deux chefs en sont ramenés en dedans, se croisent et passent ensuite sous les deux bouts saillants de la seconde épingle, de là à la troisième et à la quatrième, et ainsi de suite jusqu'à la dernière. Alors on recommence en sens inverse, jusqu'à ce que toute la surface comprise entre les points d'immersion et d'émergence des épingles soit couverte par les fils : c'est une véritable suture enroulée. Les fils sont serrés lentement et progressivement, de telle sorte que la superficie de la tache, d'abord plane, se trouve convertie, par le rapprochement de ses bords, en un bourrelet saillant, allongé, perpendiculaire à la direction des épingles.

• **Troisième temps.** — On noue la dernière anse de fil, et l'on coupe les extrémités saillantes des épingles aussi près que possible du fil enroulé, à l'aide du sécateur.

• On place ainsi une série d'épingles dans toute l'étendue de la maladie, si toutefois ses dimensions n'excèdent pas 4 centimètres carrés ; si, au contraire, elle couvre une surface plus considérable, l'opération se fait en plusieurs séances, c'est-à-dire autant de fois que la tache présente de fois 4 centimètres carrés.

• Aussitôt que les fils sont serrés, la coloration disparaît ; bientôt la tumeur s'affaisse. Si l'on retire les épingles au bout de quatre jours, il reste à la place qu'occupait le bourrelet une légère coloration blanc bleuâtre, et la peau paraît éraillée ; si on les laisse six à sept jours, le reste de la tumeur se détache, et laisse à sa place une cicatrice linéaire : c'est alors, dans les cas où le *nævus* est de grande dimension, qu'on attaque la partie adjacente. »

• **Signes.** — Quant aux signes qui consistent dans de petites taches légèrement éminentes, dépassant rarement la largeur d'une lentille, et sur lesquelles on voit souvent s'implanter un ou plusieurs poils, ils n'ont qu'un intérêt minime, et ne réclament aucun traitement.

## 2° DÉCOLORATIONS.

*a. Albinisme.* — Ce nom est réservé à la *décoloration générale et congénite* de la peau. Les individus qui en sont atteints forment, sous le nom d'*albins*, une race à part, dont la description serait ici hors de propos.

*b. Vitiligo.* — Il consiste dans une *décoloration partielle* de la peau. Toujours *accidentel* chez les blancs, il se montre congénital chez les nègres, et donne à la peau un aspect particulier qui leur a fait donner le nom de *nègres pies*.

Le vitiligo, qui peut se développer sur tous les points du corps, se rencontre chez l'homme, principalement aux bourses; il apparaît sous forme de taches de blanc laiteux, irrégulières, semblables parfois à des stries longitudinales. D'autrefois ce sont des plaques d'étendue variable, et qui ne s'accompagnent ni de douleur ni de démangeaison. Cette affection, légère du reste, ne réclame aucun traitement. Le *vitiligo du cuir chevelu* n'est, pour M. Cazenave (1), que le port décalvant des auteurs.

## ARTICLE II.

## TEIGNES ACHROMATEUSES.

[*Définition.* — On donne le nom de *teigne achromateuse* à une affection se développant sur le cuir chevelu et sur la peau du visage couverte de barbe, caractérisée par la formation de plaques rondes, privées de leurs poils, ordinairement remplacées par du duvet décoloré comme les plaques, par la disparition du pigmentum; elle est tout causée par la présence d'un champignon parasitaire, le *Microsporon Audouinii*.

*Division.* — Il existe deux variétés de teigne achromateuse : l'une avec dépression, l'autre sans dépression des places malades et dégarnies de poils.

*Symptômes.* — La première variété offre des plaques dégarnies de cheveux et déprimées; on trouve çà et là sur le cuir chevelu des *enfoncements* ovalaires, sensibles à la vue et au toucher, ressemblant assez exactement à ceux que l'on produirait en appliquant la pulpe du doigt et en pressant un peu sur un membre œdématié. Le cuir chevelu est plutôt, sur les plaques, d'un blanc cendré que d'un blanc de lait, et assez souvent recouvert de petites squamules farineuses. Ces taches sont ovalaires, petites au début, puis elles s'étendent en se réunissant par leurs bords, d'où résultent de larges surfaces dépouillées de cheveux, inégales, alternativement déprimées et saillantes, couvertes ou non de petites écailles furfuracées et communément accompagnées de démangeaison.

La seconde variété de la teigne achromateuse est constituée par des taches également ovalaires, mais sans *enfoncements*, et d'un blanc de lait qui tranche plus encore que dans l'espèce précédente sur la peau saine du pourtour de la plaque.

La cause de ces dépressions constantes au cuir chevelu, absentes à la barbe, n'est pas nettement établie. Cela peut tenir à ce que, dans le premier cas, les follicules pileux se vident de toutes leurs capsules, et que, dans le second, les capsules des

(1) *Traité des maladies du cuir chevelu*. Paris, 1850

poils follets restent dans le follicule et en soutiennent les parois. En effet, les plaques déprimées n'offrent à la loupe aucun poil follet.

**Diagnostic.** — L'*albinisme* frappe toutes les membranes, la membrane choroi-dienne aussi bien que les cheveux, décolore le cuir chevelu, mais sans faire tomber les cheveux. — Le *vitiligo* est le plus souvent congénital, tout à fait circonscrit, et n'offre aucun progrès dans l'étendue de ses plaques ; une mèche de cheveux reste décolorée au milieu des autres, qui sont quelquefois très foncés ; mais les cheveux ne sont en rien altérés, ils ne se cassent pas, ne s'arrachent pas sans douleurs et n'offrent aucune sporule du *Microsporon*.

Le *favus en cercles*, s'il pouvait être confondu avec la teigne achromateuse déprimée, ne le serait qu'après la chute des croûtes, ou même seulement après guérison complète ; mais le malade fournit des renseignements trop caractéristiques pour permettre longtemps le doute.

La *teigne tondante* est saillante et non déprimée. Dans la *teigne décalvante*, le cuir chevelu ne subit ni enfoncement, ni décoloration ; les taches ne sont ni aussi régulières ni aussi bien limitées que dans la teigne achromateuse. Nous en dirons autant de l'*alopécie syphilitique*.

**Causes.** — La malpropreté, les habitations humides, et toutes les conditions de trouble dans l'hygiène des malades, et par suite d'altération de leur santé générale. De la faiblesse de la constitution résulte une prédisposition favorable au développement des affections parasitaires.

**Nature.** — M. Gruby, en attribuant le *porrigo de calvans* à la présence d'un champignon parasite, le *Microsporon Audouini*, a seul adopté une juste manière de voir. « Ce végétal parasite, dit M. Bazin, est bien différent de celui de l'*herpès tonsurant* : il en diffère non-seulement par les spores, qui sont plus petites et plus adhérentes, par la disposition des filaments tuberculeux, mais encore et surtout par le siège. Ce champignon est tout en dehors du cheveu. Il ne pénètre pas dans son intérieur ; la partie centrale du cheveu a toujours paru intacte. Il est répandu non-seulement sur la tige, mais encore sur la capsule, et même sur le bouton qu'il sépare de la papille, d'où la chute du poil. »

Ces observations sont justifiées par l'examen des cheveux, qu'on n'a jamais trouvés rompus ; les poils follets qu'on voit sur les plaques sont des poils complets.

M. Bazin refuse donc d'admettre l'opinion de MM. Gruby et Ch. Robin, qui ont dit que le végétal siégeait exclusivement sur la partie aérienne du poil. M. Gruby a tort aussi d'admettre une rupture du poil ; suivant M. Bazin, ces altérations et ce mode de calvitie sont exclusivement propres à la teigne tonsurante.

**Traitement.** — Voici la vérité démontrée par les faits : la teigne achromateuse est avantageusement modifiée, quand elle n'est pas complètement détruite par l'épilation suivie d'applications parasitocides. Le traitement est le même pour toutes les teignes. Ainsi toujours : 1° épilation ; 2° application des agents parasitocides faite méthodiquement. Quand la teigne est invétérée, M. Bazin fait pratiquer trois ou souvent quatre épilations. On veillera sur la propreté extrême des malades.

La solution de sublimé est composée comme il a déjà été dit (voy. *Herpès tonsurant*) :

Sublimé.....	2 gram.	Dans eau distillée.....	500 gram.
Alcool.....	12 gram.		



Les lotions faites avec ce solutum doivent être employées généralement sur toutes les parties malades, pour atteindre les cheveux voisins des plaques demeurés sains en apparence. Puis, après l'épilation, on fait des applications du solutum à l'aide d'une brosse douce sur les orifices béants des follicules. Quelques jours après l'avulsion des poils, on emploiera, comme pendant toute la durée de la convalescence, la pommade bleue ainsi formulée :

Axonge . . . . . 30 gram. | Acétate de cuivre . . . . . 0,25 gram.]

### ARTICLE III.

#### ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.

Cette affection est peu commune dans nos climats, elle ne s'y montre guère qu'à l'état chronique, c'est-à-dire dans un état qui ne laisse aucune chance de guérison ; aussi est-ce aux auteurs qui ont observé dans les pays chauds qu'il faut principalement avoir recours pour en tracer l'histoire.

Les Arabes les premiers, et en particulier Rhazès, ont donné la description de cet éléphantiasis, et c'est pour cette raison qu'on l'a nommé *éléphantiasis des Arabes*. En Allemagne, elle a été décrite par Sennert et Hoffmann. Les médecins anglais, parmi lesquels il faut citer Rich. Towne (1), Hillary (2), Hendy (3), ont donné une histoire beaucoup plus complète de cette maladie, dont Larrey (4) nous a fait connaître quelques cas très intéressants, et qu'enfin M. Alard (5) a étudiée avec plus de soin qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

« Cette maladie consiste, dit M. Cazenave (6), dans une tuméfaction de la peau du tissu cellulaire et du tissu adipeux sous-jacent, plus ou moins considérable, dure, permanente, produite peu à peu par des inflammations successives du derme, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, accompagnée d'une déformation des parties qui en sont le siège, déformation quelquefois telle, qu'elle justifie très bien le nom qui lui a été donné. »

Cette affection a reçu les noms de *fièvre érysipélateuse, maladie glandulaire des Barbades, jambe des Barbades ; pédarthrocace* (Kæmpfer), *hernie charnue* (Prosper Alpin), *sarcocèle* (Larrey), *lèpre tuberculeuse éléphantine* (Alibert), etc. La plupart de ces dénominations ne se rapportent qu'à certaines espèces. Cet éléphantiasis est assez fréquent en Afrique et en Asie ; il l'est surtout dans l'île des Barbades, où plusieurs observateurs l'ont étudié avec soin.

(1) *A treatise of diseases most frequent in the West-India*, etc. London, 1826.

(2) *Observ. on the changes of the air in Barbadoes*, etc. London, 1757.

(3) *Treatment of the glandular disease of Barbadoes*. London, 1784.

(4) *Relation chir. de l'expéd. d'Égypte*. Paris, 1803.

(5) *De l'inflammation des vaisseaux absorbants, lymphatiques, dermoïdes et sous-cutanés*. Paris, 1824.

(6) *Dict. de méd.*, art. ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.

## § II. — Causes.

Il est rare d'observer l'éléphantiasis des Arabes chez les enfants. C'est à une certaine époque on a rapporté à cette maladie l'*induration des nouveau-nés*. Il suffit de se rappeler la description de cette dernière affection (1), pour convaincre qu'elle n'a rien de commun avec la première. On n'a pas remarqué que l'éléphantiasis des Arabes attaqué un sexe plus que l'autre. On l'attribue M. Cazenave, à l'impression des vents qui, dans ces climats brûlants, s'élèvent ordinairement avec le soleil, et font avec la température du jour un contraste qui exerce une grande influence sur la santé des habitants de ces contrées. Il est rare en Europe.

Tels sont les renseignements peu nombreux que nous avons sur l'étiologie de cette grave affection.

## § III. — Siège.

Le siège de prédilection de la maladie est ordinairement dans les membres inférieurs ; le scrotum en est fréquemment atteint, et il en résulte une tuméfaction souvent énorme, à laquelle Larrey a donné le nom impropre de *sarcocèle*. On rencontre aussi les altérations qui constituent cet éléphantiasis, à la face, au cou, au pénis, aux bras ; en un mot, aucune partie du corps n'en est complètement exempte. Elle n'occupe ordinairement qu'un seul côté, mais on a cité des cas où il en était autrement ; on a vu, par exemple, les deux membres inférieurs être envahis, à la fois, soit l'un après l'autre.

## § IV. — Symptômes.

Le résumé des symptômes de cette affection ayant été très bien présenté par M. Rayer, qui la range parmi les intumescences, on ne saurait mieux faire que d'emprunter le passage suivant, sans y rien changer :  
 « Dans un assez grand nombre de cas, dit-il, cette intumescence des membres inférieurs est annoncée, d'une manière aiguë, par une douleur plus ou moins vive dans l'aîne et le jarret, suivant la direction de la saphène et des principaux troncs des vaisseaux lymphatiques, et par le développement d'une raie rouge, d'une corde dure, noueuse, tendue, ressemblant à un chapelet de petites tumeurs sous-cutanées, étendues du pli de l'aîne jusqu'au genou ou à la malléole (Hendy), ou bien de la malléole vers l'aîne, ou bien encore par une attaque d'érysipèle. Dans presque tous les cas, la peau prend une teinte érythémateuse, et le tissu cellulaire sous-cutané devient le siège d'une tuméfaction considérable. Les articulations voisines sont roides et contractées ; souvent, dès le début, frissons prolongés, fièvre très vive, malaise, anxiété, efforts violents pour vomir, vomissements, parfois délire, puis chaleur intense, accompagnée de contractions plus fréquentes du cœur et suivie de sueurs générales ou partielles, et de la cessation des symptômes fébriles. Dans l'espace d'un ou de plusieurs mois, ces phénomènes reparaissent sous forme

(1) Voy. article *Œdème des nouveau-nés*.

d'accès, à des intervalles plus ou moins éloignés, qui peuvent varier en nombre de 3 (Hendy) à 14 par an, ou se renouveler seulement au bout de sept ans (Hendy). Ces accès, dont le nombre et la durée ne peuvent être prévus ni calculés, sont suivis d'une *augmentation progressive du volume des membres*, qui d'abord paraît être due en grande partie au dépôt d'une certaine quantité de sérosité ou de lymphé plastique dans le tissu cellulaire. Plus tard, le membre devient dur et ne conserve plus l'impression du doigt. Les ganglions lymphatiques de l'aîne et du jarret, souvent devenus plus volumineux, sont quelquefois sains et indolents. A cette seconde période, cette maladie existe sans trouble autre que celui qu'entraîne inévitablement la déformation du membre, qui peut acquérir des formes si bizarres et des dimensions si disproportionnées avec celles des autres parties, qu'il est impossible de s'en faire une idée sans en avoir vu quelques exemples, ou du moins sans avoir consulté les dessins qui en ont été publiés. En effet, tantôt la tumeur est pleine et unie comme un sac bien rempli ou comme une outre; tantôt elle est par étages, de sorte que chacun des accès paraît avoir fait sa tumeur particulière. Après les premières attaques, la peau est extraordinairement lisse et sans changement de couleur, des vaisseaux rampent quelquefois au-dessous d'elle, et lui donnent une teinte rembrunie; peu à peu elle acquiert de la rudesse, surtout dans le voisinage de l'articulation du pied; elle se couvre de mailles, de petites veines, et l'épiderme devient plus épais, comme dans l'ichthyose. Enfin il se forme quelquefois des gerçures et des crevasses sur le membre, qui devient d'une difformité extraordinaire. Chez quelques malades, on a vu les articulations du genou être le siège d'inflammations chroniques très rebelles. »

Tels sont les phénomènes qui caractérisent ordinairement l'éléphantiasis des Arabes. Il en résulte que le plus souvent l'intumescence est la conséquence de l'inflammation aiguë, plus ou moins fréquemment répétée, des vaisseaux lymphatiques ou des veines des parties affectées. Cependant il est quelques cas où cette inflammation ne se manifeste pas d'une manière évidente; alors il y a eu préalablement des attaques réitérées d'*érysipèle*, d'*eczéma rubrum*, de *lichen agrius*, ou bien on trouve un *ulcère* ancien et rebelle qui a été le point de départ de la maladie.

#### § V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il résulte de la description précédente que d'abord la *marche* de la maladie est aiguë et irrégulièrement intermittente, et que plus tard elle prend un caractère essentiellement chronique. Aussi l'éléphantiasis des Arabes a-t-il toujours une *durée* considérable. Parfois on l'a vu se porter d'une région à l'autre, mais bien plus souvent il persiste dans les parties primitivement affectées, en même temps qu'il en attaque d'autres. La *terminaison* par la guérison a lieu, dans quelques cas, sous l'influence du traitement, lorsque la maladie a été attaquée à son début; on a vu même cette terminaison survenir spontanément; M. Rayer en cite un exemple très curieux d'après Hendy; mais ces cas sont exceptionnels, et presque toujours le mal continue à faire des progrès, ou reste stationnaire.

## § VI. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec un très grand soin par plusieurs auteurs, et surtout par M. Rayer, qui nous a fourni sur ce point un grand nombre de détails intéressants.

Nous signalerons l'hypertrophie, souvent très considérable, du derme; l'élargissement de ses papilles; l'augmentation de volume des follicules; l'induration, l'induration, l'épaississement du tissu cellulaire sous-cutané; le développement des vaisseaux lymphatiques et surtout des ganglions lymphatiques; l'oblitération, l'oblitération des veines; celle des petites artères; l'hypertrophie des nerfs, qui est loin d'être constante; le ramollissement, l'amincissement, ou au contraire l'épaississement des muscles, qui peuvent avoir subi la dégénérescence graisseuse.

Dans un cas rapporté par M. Southam (1), le tissu cellulaire sous-cutané était rempli d'une matière lardacée, dense et blanchâtre, mêlée à la graisse. Les principaux troncs veineux étaient dilatés; leur membrane externe épaissie, et les membranes interne et moyenne converties en une espèce de tissu fibreux; plusieurs veines du second et du troisième ordre étaient oblitérées. La maladie datait de vingt ans.

Elles sont les lésions propres à l'éléphantiasis des Arabes; quant aux altérations des viscères, que quelques auteurs ont signalées, il résulte des meilleures observations qu'elles n'ont pas un rapport direct avec la maladie qui nous occupe.

## § VII. — Diagnostic, pronostic.

Lorsque l'éléphantiasis des Arabes a acquis un grand développement, lorsqu'il est passé à l'état chronique, le diagnostic ne présente pas de difficulté sérieuse. Inutile de le distinguer de l'*anasarque* ni de l'*éléphantiasis des Grecs*; il suffit d'un coup d'œil jeté sur la description précédente pour voir combien il en diffère.

À début, au contraire, le diagnostic est souvent très difficile, surtout lorsque l'affection se développe dans des climats où elle n'est pas habituelle. Nous avons vu, en effet, que fréquemment l'éléphantiasis des Arabes commence par des inflammations successives, occupant soit les vaisseaux lymphatiques, soit les veines, et donnant lieu au gonflement des parties, à la rougeur de la peau, etc. Or ces signes sont communs à plusieurs affections. Comment reconnaître d'abord, s'il ne s'agit que d'une *lymphangite* ou d'une *phlébite* ordinaire? Cela est très difficile. Les circonstances dans lesquelles se trouve le malade sont, en pareil cas, d'un grand secours. Si ces attaques se multiplient, et si, après chacune d'elles, il reste une altération de la peau et des tissus sous-jacents, le diagnostic devient au contraire très facile.

La *phlegmasia alba dolens*, qui, comme nous l'avons vu, est le résultat de l'oblitération des veines, doit nécessairement se rapprocher, par quelques caractères, de l'éléphantiasis des Arabes; mais il suffit de considérer que tout d'abord l'œdème douloureux acquiert une grande intensité et occupe une grande étendue.

(1) *Observation d'éléphantiasis du membre inférieur droit datant de vingt ans* (London Medical and Surgical Journal, 2<sup>e</sup> série, 1847, t. XIII).

due, pour s'assurer que la confusion n'est pas possible pour un observateur attentif.

*Pronostic.* — L'éléphantiasis des Arabes est ordinairement une affection très rebelle; elle est sérieuse à cause des infirmités qu'elle occasionne.

### § VIII. — Traitement.

Le *traitement* de cette affection ne demande pas de grands développements. M. Rayer l'a très bien résumé dans son ouvrage (1).

« Les symptômes inflammatoires observés dans la première période de l'éléphantiasis des Arabes doivent, dit M. Rayer, être combattus par les *applications émollientes*, les *bains tièdes* et les *émissions sanguines*; les craintes que l'on a suggérées contre l'emploi de la saignée ne sont pas fondées. Nous l'avons employée avec succès dans les accès, dont elle abrège la durée et l'intensité. Dans la période chronique, la saignée a été suivie d'un soulagement au moins momentané, lorsque les malades se plaignent d'un sentiment de tension douloureux dans les membres affectés. On a aussi obtenu d'heureux effets des saignées locales au pli de l'aîne, au creux du jarret ou dans les aisselles, etc. La partie affectée, placée autant que possible dans une position qui facilite le retour du sang vers le cœur, doit être couverte de cataplasmes émollients, ou enveloppée de flanelles imbibées de *décoctions adoucissantes et narcotiques*. Si le gonflement s'est développé sur un des membres abdominaux, le malade doit *garder le lit pendant quelques semaines*.

» Les *émétiques* et les *purgatifs* ont été administrés à cette période avec des succès variés.

• On a beaucoup vanté les effets antispasmodiques de l'*oxyde de zinc sublimé*, à la dose de 8 grains (0,40 gram. par jour). Hendy assure que ce remède calme les vomissements et les anxiétés qu'éprouvent les malades lors des exacerbations périodiques de l'éléphantiasis. Plusieurs médecins de l'île Barbade, frappés de la fréquence des vomissements pendant les accès, ont cru nécessaire de les favoriser et même de les provoquer. Le docteur Hendy s'est élevé contre cette pratique.

» Chez les femmes, la grossesse est une circonstance très défavorable. Une jeune fille des environs du Havre, s'étant mariée contre notre avis, est devenue trois fois enceinte; à la suite de chaque grossesse, le membre abdominal droit, atteint d'éléphantiasis, s'est énormément tuméfié.

• On est parvenu à guérir un assez grand nombre de malades à l'aide de la *compression* seule ou combinée avec d'autres moyens. Cette méthode a complètement réussi à Bayle et à M. Alard, chez un de leurs malades atteints de l'éléphantiasis depuis douze ans...

» J'ai obtenu moi-même, par cette méthode, des guérisons inespérées. Elle est surtout applicable aux cas d'éléphantiasis des membres constitués par une hypertrophie du tissu cellulaire sans infiltration de sérosité...

» La compression seule suffit dans le plus grand nombre des cas; les *scarifications* me semblent aujourd'hui d'une application assez rare. Lorsqu'on croit devoir les pratiquer, elles doivent être faites à une assez grande distance les unes des

(1) *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, t. II, p. 827.

autres, afin que les cercles inflammatoires, qui peuvent se développer autour d'elles, ne se réunissent pas. Ordinairement l'inflammation, produite par vingt ou trente scarifications d'un demi-pouce à un pouce, pratiquées sur un membre, est peu considérable; si elle acquérait quelque intensité, il faudrait la combattre par les saignées locales et générales, et par les applications émollientes et narcotiques fraîches. Avant de faire de nouvelles scarifications, il faudrait attendre que les premières fussent cicatrisées.

» Plusieurs médecins ont recommandé l'application de *vésicatoires* et de *cautères* sur les parties affectées de l'éléphantiasis, espérant que l'issue d'une certaine quantité de sérosité contribuerait à diminuer le volume des organes malades. J'ai converti de vésicatoires volants les membres atteints de cette affection, sans obtenir aucun avantage de ces tentatives.

» Les essais faits avec les *préparations arsenicales* ne doivent plus être répétés.

» Après leur guérison, les malades affectés d'éléphantiasis des membres abdominaux doivent s'assujettir à porter un *bas lacé* ou un *bandage compressif*, surtout lorsque plusieurs veines sont variqueuses. »

A ces moyens, il faut joindre l'emploi des *frictions résolatives* et des *douches de vapeur*, recommandées par M. Cazenave; ces moyens doivent être unis à la compression. Quant à l'*extrait d'aconit* donné à l'intérieur, il a été administré par Biett; mais, ainsi que le fait remarquer M. Cazenave, nous ne connaissons aucun fait qui prouve parfaitement son efficacité.

A peine est-il nécessaire de mentionner l'*amputation des parties affectées*. Cette opération ayant été pratiquée en désespoir de cause, on a vu le mal récidiver, et dès lors tout le monde a dû y renoncer.

#### ARTICLE IV.

##### PELLAGRE.

On a déjà dit quel intérêt nouveau la pellagre a pris pour nous dans ces dernières années. En Italie et en Espagne, on l'observait déjà depuis un siècle, que nous n'en avions encore aucune connaissance bien positive. On a vu, dans l'ouvrage de Ramazzini (1), une première indication de cette affection, sous le nom de *mal del padrone*; mais c'est en réalité à Gaspard Casal, médecin des Asturies, dont les recherches furent signalées au monde médical par Thiéry (2), qu'on doit rapporter l'honneur de l'avoir distinguée et fait nettement connaître. Plus tard, en Italie, Frapolli (3) en fit une étude particulière, et fixa sur elle l'attention des médecins. Aussi, dès ce moment commencèrent à paraître de nombreux écrits, parmi lesquels il faut mettre en première ligne ceux de Strambio (4). Malgré ces recherches, on peut dire que nous n'avions encore en France, sur la pellagre, que des données assez vagues, lorsque parurent les observations intéressantes de M. Brierre

(1) *Maladies des artisans*, trad. par Fourcroy. Paris, 1777.

(2) *Rec. périod. de méd. et de chir.* Paris, 1753, t. II, p. 339. — *Observ. de méd. faite en Espagne*. Paris, 1791, t. II, p. 109.

(3) *Animad. in morb. vulgo pellagr. med.*, 1771.

(4) *De pellagr. observ. med.*, 1790.



de Boismont (1), bientôt suivies de celles de M. Th. Roussel (2), qui, ayant découvert à l'hôpital Saint-Louis un cas de pellagre, en signala l'existence, et, dès ce moment, étudia la maladie avec ardeur. Dans les provinces méridionales de la France de nouveaux renseignements furent pris, et l'on sut que, depuis un assez grand nombre d'années, ce mal y était connu; enfin, M. Baillarger (3) nous a fait connaître ses recherches, et d'autres cas semblables à celui que M. Roussel avait observé d'abord furent reconnus et observés dans les hôpitaux de Paris.

[Depuis les dernières recherches sur l'étiologie et le traitement de la pellagre, cette maladie a fait de nombreuses victimes dans les pays où la culture du maïs est continuée, malgré des conditions climatériques défavorables à la maturité complète du grain. Dans le but de combattre ce fléau, de nombreux médecins ont entrepris des recherches thérapeutiques contre la pellagre, et démontré une fois de plus sa relation intime avec le verdet du maïs. Parmi ces médecins, M. le docteur Costallat a tenu le premier rang, et publié à ce sujet des recherches sur l'étiologie et la prophylaxie de la pellagre (4). Des travaux de ce médecin il résulte les faits suivants, qui pour l'avenir ont force de loi :

« Les médecins des Hautes-Pyrénées ont tort de ne pas attribuer la pellagre à l'usage du maïs.

« Il ne faut pas, avec ces praticiens, attribuer la prétendue guérison des symptômes et des affections qui résultent de la pellagre à l'usage des eaux sulfureuses.

« Il n'y a pas, il n'a jamais existé de pellagre sans maïs.

« La pellagre disparaîtra, quand toute la farine de maïs sera préparée par le procédé usité en Bourgogne.

« En dépit des prétentions formulées par un médecin aliéniste, il ne faut pas croire à ces prétendus cas de pellagre endémique dans les asiles d'aliénés. Jamais cette assimilation n'a montré plus évidemment la confusion entre des espèces morbides différentes.

« Enfin la pellagre est certainement un empoisonnement lent par le verdet.

Ces conclusions des travaux de M. Costallat, soumises au comité consultatif d'hygiène publique, ont été complètement adoptées par M. le professeur Ambroise Tardieu (5), rapporteur de la commission nommée à cet effet.

M. le rapporteur insista notamment sur la nécessité de porter à la connaissance des populations malades, et spécialement des vallées de l'Adour, de l'Arros et de l'Eche (Hautes-Pyrénées), les procédés très simples employés pour le passage au four, suivant le procédé bourguignon.

Voici donc en quoi il consiste :

Dans les départements de l'est de la France, aussitôt la récolte de maïs rentrée, on donne aux animaux ce qu'il y a de plus mal venu, on met de côté les plus

(1) *De la pellagre et de la folie pellagreuse*. Paris, 1854.

(2) *De la pellagre*. Paris, 1845, in-8. — *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 929.

(3) *De la paralysie pellagreuse* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1848, t. XII, p. 708).

(4) *Étiologie et prophylaxie de la pellagre*, Paris, 1860 (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2<sup>e</sup> série, t. XIII, p. 5 et suiv.).

(5) *Rapport sur les communications de M. le docteur Costallat, relatives à la pellagre*, lu au comité consultatif d'hygiène, par M. le docteur A. Tardieu, 1860 (*Annales d'hygiène publique*, 2<sup>e</sup> série, t. XIII, p. 44 et suiv.).

aux épis pour les semailles, et l'on passe au four ce qui est destiné à la nourriture de l'homme ; mais comme on opère sur de grandes quantités, on a de vastes fours chauffés comme pour la cuisson du gros pain. Une plus haute température n'est pas nécessaire pour la conservation du maïs, et aurait l'inconvénient de charbonner les épis en contact avec la sole et de produire une farine trop brune.

Le four une fois chauffé, on le nettoie, on y jette les épis, que l'on étend avec un ringard de fer recourbé; on ferme le four aussitôt.

Une heure après on le débouche, et au moyen de la pelle de fer on a soin de remuer le fond du four, de soulever les épis, de renverser ceux qui sont sur l'âtre. On remue les épis une seconde fois, et au bout de vingt-quatre heures la dessiccation est complète, et le four se trouve rempli aux deux tiers. On réitère la même opération tant qu'il reste du maïs à passer au four.

Ainsi préparé, le maïs ne demande aucun soin, et peut rester plusieurs années dans des tonneaux défoncés sans éprouver la moindre avarie; tandis que si l'on néglige de passer le maïs au four et qu'on adopte les procédés ordinaires et anciens de conservation du maïs, on reconnaît bientôt leur insuffisance. Ils exigent une grande vigilance, des soins constants, de grands espaces couverts, et sont loin de préserver du verdet la précieuse graminée dans des pays comme le nôtre.

A la vérité, en Bourgogne et en Franche-Comté, en appliquant le feu au maïs, on avait moins pour objet d'assurer sa conservation que de lui donner une perfection qu'il n'a pas reçue de la nature. En effet, le maïs passé au four et celui qu'on laisse dans son état naturel ne se ressemblent que pour la forme; l'odeur et le goût de l'un et de l'autre diffèrent en quelque sorte autant que celui du café torréfié et du café vert. Cette considération nouvelle, si inférieure qu'elle soit aux précédentes, milite encore, toutefois, en faveur de cette méthode.]

[*Pellagre sporadique.* — Dans un mémoire récent et encore incomplet, le professeur Landouzy (de Reims) (1), se fondant sur vingt-quatre faits épars dans les annales de la science et douze qui lui sont personnels, s'élève contre les conclusions de MM. Th. Roussel (2), Costallat (3) et Tardieu (4), sur l'origine étiologique de la pellagre.

Selon M. Landouzy, la pellagre pourrait exister à l'état sporadique, en dehors de l'alimentation par le maïs, et même indépendamment des conditions de misère et de mauvaise alimentation.

Cet auteur a recueilli plusieurs cas de *pellagre* qu'il nommerait volontiers *champenoise*, s'il ne lui était pas démontré qu'elle est identique avec celle des pays à maïs. Il a même pris la peine d'aller étudier, dans les Landes, la pellagre qui y est endémique, et il l'a trouvée absolument semblable à celle dont il avait vu à Reims des cas sporadiques, dans une population qui ne fait pas usage de maïs : « Même thème spécial, dit-il; mêmes troubles digestifs, mêmes troubles nerveux, mêmes accidents scorbutiques, même périodicité, même œdème, même peau bronzée; mêmes guérisons, mêmes rechutes, mêmes résultats nécroscopiques. »

Nous regrettons de ne pas avoir la suite de ce travail, mais nous savons que

(1) *De la pellagre sporadique* (Arch. gen. de med., juillet 1860).

(2) *De la pellagre, de son origine, de ses progrès*. Paris, 1845, in-8.

(3) *Annales d'hygiène*, loc. cit.

(4) *Ibid.*

M. Landouzy prépare un traité sur ce sujet (1), et nous engageons le lecteur à le consulter.

Il résulterait de cette publication, qu'il conviendrait de suspendre son jugement avant de proclamer l'unicité de la cause pellagreuse.]

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il est difficile de donner une définition de la pellagre qui ne soit pas sujette à contestation. On n'est pas, en effet, encore suffisamment d'accord sur l'importance des principaux traits de l'histoire de cette maladie, et l'on chercherait vainement des expressions qui pussent satisfaire toutes les opinions. Si même on a placé la pellagre parmi les maladies de la peau, c'est plutôt pour suivre un usage depuis longtemps consacré, que dans la croyance que la lésion cutanée est la principale de cette maladie complexe. C'est ici la place où on la cherchera d'abord.

La pellagre ne peut être définie que par une courte description de ses symptômes. Je l'emprunte à l'ouvrage de MM. Cazenave et Schedel (2), dans lequel cette maladie a été décrite avec beaucoup de soin d'après des recherches multipliées et précises : « On désigne sous le nom de *pellagre* une diathèse particulière de la circulation, dont les caractères pathognomoniques sont des lésions fonctionnelles de tout l'appareil, tant des voies digestives que de l'axe cérébro-spinal, et la desquamation, et une coloration chocolat plus ou moins foncée, de l'épiderme des parties exposées aux rayons du soleil du printemps, desquamation assez souvent précédée d'un érythème plus ou moins vif, mais toujours éphémère, et cessant dès que les parties sont soustraites aux rayons solaires. Très variables sous le point de vue de leur intensité, les lésions caractéristiques de la pellagre ne le sont pas moins sous celui de leur apparition, tantôt isolées et tantôt réunies, débutant par les voies digestives ou par le système nerveux. »

La pellagre, très fréquente dans certains pays méridionaux, surtout en Lombardie, est inconnue dans le reste du monde. Nous verrons plus tard quelles sont les explications qu'on a données de cette prédilection pour quelques contrées.

### § II. — Causes.

#### 1° Causes prédisposantes.

Il n'est aucun âge qui soit à l'abri de la pellagre ; on a même cité des cas dans lesquels la maladie se serait développée pendant la vie intra-utérine. Son hérédité est admise par tous les auteurs. On la rencontre dans certains pays, tels que la Lombardie, les Asturies et quelques contrées méridionales de la France (3). Quelques auteurs ont invoqué l'influence du climat et de la conformation du sol ; M. Th. Roussel, rassemblant les faits, a fait voir que la maladie se développe dans les conditions climatiques les plus opposées, et cette opinion ne peut par conséquent être admise. On ne fera mentionner les causes étiologiques nombreuses, l'influence du régime, l'abus du vin, l'usage du café, l'usage du tabac, l'usage du

(1) Landouzy, Du traitement de la pellagre sporadique avec le...

(2) Abrégé prat. des maladies de la peau.

(3) Costallat, Annales d'hygiène.

et l'usage du...

l'usage du...

l'usage du...

pellagre, et de l'usage du...

l'usage du...

*prolongé*, les *chagrins*, etc., parce que ces circonstances, qui doivent se rencontrer dans les populations semblables à celles qui sont affectées de pellagre, n'ont pas été convenablement étudiées, et que rien ne démontre le contraire. Telles sont les principales causes prédisposantes signalées par les auteurs. Nous allons voir tout à l'heure jusqu'à quel point on doit admettre leur influence.

## 2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, il n'en est pas à laquelle on ait fait jouer un plus grand rôle que l'*insolation* ; cela tient à l'influence qu'ont les rayons solaires sur l'état de la peau, principalement au printemps. Cette influence, étant des plus frappantes, a d'abord attiré l'attention des médecins qui voyaient dans les symptômes cutanés les phénomènes principaux de la maladie ; mais l'affection ayant été plus profondément étudiée, on a bientôt vu que, outre l'état morbide de la peau, et en son absence, il y a des symptômes graves qui font de cette affection tout autre chose qu'une simple maladie cutanée, et dès lors l'insolation a dû être reconnue comme la cause déterminante de certains phénomènes locaux, et non de celle de la maladie tout entière.

On a encore invoqué l'usage d'*aliments indigestes*, mal cuits, de mauvaise qualité, contenant une trop faible quantité d'azote ; en un mot, d'une *nourriture mal suffisante*. Ces causes ont-elles réellement l'effet qu'on leur attribue ? Nous nous en occuperons tout à l'heure.

Une autre opinion récemment émise, qui mérite de nous arrêter un instant, est celle du docteur Balardini, dans un travail justement estimé sur la pellagre, où il a pour cause unique de cette affection l'*usage habituel du maïs*, surtout lorsque la graine est altérée par la présence d'un fungus parasite auquel ce médecin a donné le nom de *Sporisorium maidis*. Je ne rapporterai pas ici les preuves nombreuses et parfaitement déduites, à l'aide desquelles M. L. Balardini a étayé son opinion, lesquelles ont été reproduites avec beaucoup d'habileté par M. Roussel, qui y a joint des recherches très intéressantes sur les progrès de la pellagre, comparés à ceux de la culture du maïs, à la maturité plus ou moins grande de cette substance alimentaire où elle est employée presque exclusivement à la nourriture des hommes, et, par suite, à son plus ou moins grand degré d'altération. Or cet auteur arrive à cette conclusion, que la pellagre est la conséquence ordinaire de l'insuffisance de la culture en grand du maïs dans une contrée, et que ceux qui en se nourrissent presque exclusivement de cette graine. M. le docteur Roussel a cru pouvoir également rattacher à l'usage du maïs de mauvaise qualité l'apparition de la pellagre dans les Landes.

On a répondu que dans quelques cas, dont plusieurs ont été rapportés par les auteurs, les symptômes de la pellagre se sont montrés d'une manière évidente, chez des sujets n'eussent fait aucun usage immodéré du maïs, et dans les faits observés dans Paris même par M. Th. Roussel, on n'a pas pu constater l'existence de cette cause. Ainsi M. Devergie (2), a cité un

*cas de pellagre dans l'arrondissement de Saint-Séver (Landes), Ann. med. et chir. de Bordeaux, 1855.*

*et de pellagre dans l'arrondissement de Saint-Séver (Landes), Ann. med. et chir. de Bordeaux, 1855.*

cas de pellagre dans lequel l'alimentation plus ou moins exclusive par le maïs a été constatée, et M. Marrotte a lu, à la Société médicale des hôpitaux, l'observation d'un sujet qui n'avait pas été davantage soumis à cette cause. Enfin M. Douzy (1) en a observé un cas à Reims, chez une femme qui n'avait été soumise à aucune des conditions regardées par les auteurs comme cause de cette maladie. Faut-il en conclure, avec plusieurs auteurs, que MM. Balardini et Roussel ont été trompés ? Non ; il y a un rapport trop évident et trop constant entre l'introduction de la culture du maïs et celle de la maladie, pour qu'on puisse avoir des doutes à cet égard ; seulement on peut admettre que, dans certaines circonstances, l'influence des diverses autres causes mentionnées plus haut, et principalement des aliments trop faiblement azotés, peut donner lieu aux mêmes résultats que l'alimentation par le maïs. Du reste, M. Roussel, qui s'est déjà occupé avec tant d'ardeur de cette question, s'est rendu en Espagne, afin de réunir des faits propres à l'éclairer complètement, et son habileté bien connue doit nous faire espérer que ce but sera parfaitement atteint.

Nous avons cru devoir insister sur ce point d'étiologie, parce qu'il intéresse au plus haut degré l'hygiène publique, et qu'on ne saurait trop s'appesantir sur les questions qui touchent à la santé et à l'existence de populations entières.

### § III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes, les auteurs ont suivi des divisions diverses. Frapolli, et après lui un grand nombre d'autres observateurs, admettaient trois périodes distinctes. D'autres divisent la maladie en trois années, parce que, dans un grand nombre de cas, il y a trois attaques distinctes qui ont lieu au printemps ; d'autres enfin admettent trois degrés.

Strambio a rejeté ces divisions. MM. Cazenave et Schedel, se fondant sur ce que dans un bon nombre de cas, il n'y a pas de périodes distinctes, la maladie continue, sur ce que les dernières attaques de la pellagre peuvent être moins violentes que la première, et enfin sur ce que, fréquemment, il faut plus ou moins de trois années pour que la maladie suive son cours, ont adopté la manière de voir de Strambio, qui, pour les mêmes raisons, nous paraît devoir être suivie. L'italien distingue trois formes de cette affection, suivant qu'elle est *intermittente*, *rémittente* ou *continue*. Nous en dirons quelques mots en parlant de la nature de la maladie.

*Début.* — Il est très rare que la pellagre s'annonce par l'altération de la peau. Il n'est même pas parfaitement démontré que cette altération ait jamais été le premier phénomène primitif offert à l'observation. Il est certains sujets qui ne la présentent que plus tard, et qui ont déjà depuis longtemps des symptômes évidents de la maladie sans en douter ; c'est sans doute dans des cas semblables qu'on a cru à l'existence, au début, de l'affection cutanée.

Quoi qu'il en soit, on peut dire que, dans la grande majorité des cas, la maladie commence par des symptômes du côté des voies digestives, parmi lesquels on peut particulièrement citer la boulimie et la diarrhée, un malaise persistant, une

(1) *Séances de l'Acad. de méd.*, 26 août 1852.



oins grande faiblesse, des symptômes d'anémie, etc. Il est rare de voir, au début la maladie, les phénomènes nerveux signalés plus loin.

Ces symptômes du début, qui peuvent parfaitement être rapportés à une nourriture insuffisante et malsaine, durent plus ou moins longtemps, suivant qu'ils ont paru à une époque plus ou moins éloignée du printemps. C'est, en effet, dans cette saison que la maladie se trouve confirmée par l'apparition de l'état morbide de la peau, qui survient sous l'influence des rayons solaires devenus plus ardents. Les symptômes qui viennent d'être décrits ont été regardés par beaucoup d'auteurs comme de simples *prodromes*. L'examen des faits ne permet guère de se ranger à cette opinion. Il est bien plus naturel de penser qu'au moment où ils surviennent, la maladie existe, et que celle-ci, imprimant à la peau une manière d'être nouvelle, la rend assez impressionnable aux rayons solaires pour qu'ils produisent des altérations qui, frappant plus vivement les esprits, ont fait donner à la maladie le nom de *pellagre*.

*Symptômes de la maladie confirmée.* — Parmi les symptômes de la maladie confirmée, nous trouvons d'abord ceux qui ont leur siège dans le *tube digestif*, et dont j'ai déjà dit un mot. La *boulimie* est un des caractères les plus constants de la pellagre. L'envie de manger est presque incessante; les aliments traversent rapidement le tube digestif. A peine sont-ils ingérés, que les évacuations alvines ont lieu, et que la faim renaît.

La *diarrhée* est un symptôme presque constant. Les selles sont abondantes, très liquides, jaunes, vertes ou noirâtres. Parfois il y a des évacuations sanglantes. Dans un petit nombre de cas, au contraire, il y a une *constipation* opiniâtre; mais encore, dans ces cas, voit-on à certaines époques, et surtout vers la fin de la maladie, la diarrhée se déclarer. Les vomissements sont infiniment plus rares, et très peu de malades offrent quelques symptômes du côté de l'estomac.

Les lèvres présentent une coloration particulière; c'est une *lividité* sur laquelle M. Biondo a beaucoup insisté. Elles sont en même temps arides et gercées. La muqueuse buccale est généralement pâle, et assez souvent on y trouve des excoriations plus ou moins étendues. Dans un certain nombre de cas cités par les auteurs, les malades se plaignaient d'un goût salé à la bouche; ils avaient de la salivation.

Ces phénomènes ont lieu lorsqu'il n'existe pas de mouvement fébrile violent. Nous verrons plus loin ce qui survient lorsque la fièvre se déclare.

*Altération de la peau.* — Non-seulement ces troubles digestifs peuvent se montrer longtemps avant l'apparition de l'altération cutanée, mais encore on les voit disparaître, alors que cette altération de la peau a disparu pour reparaître plus tard, c'est-à-dire qu'ils existent même pendant l'hiver.

L'affection cutanée, au contraire, a cela de remarquable que d'abord elle se montre d'une manière intermittente, et qu'elle prend son accroissement sous une influence bien connue, ainsi qu'on va le voir par la description suivante empruntée à M. Cazenave et Schedel (1): « C'est toujours, disent-ils, aux parties les plus directement exposées aux rayons solaires qu'elle se montre. Ainsi elle affecte d'abord le dos des mains et la partie externe de l'avant-bras, quelquefois jusqu'au coude; le dos des pieds et la partie inférieure et antérieure des jambes,

(1) *Loc. cit.*, p. 493.



la partie supérieure et antérieure du thorax, parfois le front et les parties latérales des joues. Le plus fréquemment la pellagre s'annonce sur ces points par la simple desquamation de l'épiderme, qui noircit, prend une couleur chocolat plus ou moins foncée, se dessèche et se détache, sans qu'il advienne ni inflammation ni rougeur. C'est une sorte de pityriasis sans démangeaisons prononcées, sans douleur aucune; c'est un travail morbide qui se passe dans le corps muqueux, ou plutôt dans l'appareil blennogène de la peau, avec altération du pigment. D'autres fois il y a au contraire un érythème plus ou moins prononcé, surtout lorsque le soleil a agi avec force, et que les malades ont persisté à s'y exposer; quelquefois même cette inflammation devient presque érysipélateuse, et des phlyctènes ou bulles remplies de sérosité jaunâtre se forment comme dans une brûlure. Il y a, dans ces cas, une sensation de vive cuisson, qui persiste avec l'inflammation, laquelle ne tarde pas à disparaître peu à peu, dès que les parties sont soustraites à l'action du soleil. Mais la desquamation noirâtre de l'épiderme la remplace, et c'est elle qui, frappant l'observateur, donne à l'affection cutanée de la pellagre lombarde une physionomie si caractéristique. Assez souvent c'est en demi-cercles ellipsoïdes que l'éruption est disposée offrant au bord inférieur de chaque bande une coloration d'un brun foncé qui tranche avec la couleur plus claire de l'épiderme qui vient immédiatement après; des cas nous ont été cités où ces demi-cercles ellipsoïdes se succédaient sur la partie postérieure de l'avant-bras jusqu'au près du coude.

« Dans les premiers temps de la maladie, l'érythème, même alors qu'il a été très prononcé, disparaît sans laisser de traces : l'épiderme, noirci, se détache, et la peau reparaît avec sa couleur ordinaire. Mais il n'en est plus de même lorsque ces points ont été plus ou moins le siège de la desquamation pellagreuse. La peau alors paraît amincie, sa surface y est luisante, et a été comparée, avec raison, à celle que présenterait la cicatrice d'un brûlure très superficielle; souvent même sur cette surface on voit des plaques irrégulières où le derme offre une couleur brun plus ou moins foncée; cependant, au toucher, tout est souple. Les cas où la peau vient à s'épaissir, à devenir calleuse et à se sillonner de crevasses, doivent être bien rares; car Gaetano Strambio n'a jamais rencontré un tel état de la peau chez les pellagres durant une pratique de plus de trente années, et les médecins du grand hôpital de Milan, que nous avons interrogés à ce sujet (juin 1846), nous ont assuré qu'ils ne l'avaient jamais vu. »

Ainsi qu'on l'a dit plus haut, ce qu'il y a surtout de remarquable dans cette éruption, c'est qu'elle se montre particulièrement au printemps, dès que les individus s'exposent aux rayons solaires, et, d'un autre côté, qu'elle n'est pas en rapport avec la violence des symptômes internes, de telle sorte que, chez certains sujets, elle existe au plus haut degré avec des phénomènes généraux peu intenses et *vice versa*.

*Symptômes nerveux.* — Les principaux constituent ce qu'on a appelé la *folie pellagreuse*. Les malades sont tristes, abattus; ils éprouvent des craintes exagérées, ils ont des idées délirantes. On a cité un bon nombre de cas dans lesquels ils avaient une grande tendance au suicide. Il est assez fréquent d'en voir se donner la mort par immersion, et Strambio a surtout insisté sur ce penchant. M. Brierre de Boismont, dont les observations sur ce point sont très intéressantes, a remarqué qu'un très grand nombre de sujets atteints de la folie pellagreuse sont invinciblement

és à tuer leurs enfants par strangulation ou par immersion, et que beaucoup une exaltation religieuse. On n'est pas d'accord sur la fréquence de ces aberrations de l'intelligence; ce qu'il y a de certain, c'est que, dans les hôpitaux, le nombre des fous pellagreux est assez grand.

Même lorsqu'ils conservent leur raison, la plupart des malades présentent des tiges, des bourdonnements d'oreille, des troubles de la vision, de la céphalalgie, des douleurs rachidiennes, des crampes, des convulsions, des mouvements involontaires; la marche précipitée et involontaire en avant; la faiblesse des membres inférieurs pouvant aller jusqu'à la paraplégie; en un mot, des symptômes graves variés, dont le siège se trouve aussi bien dans les nerfs du mouvement que dans ceux du sentiment.

Ces symptômes sont loin de se rencontrer tous réunis chez le même malade, mais on observe presque toujours un certain nombre. Quant à leur intensité, elle varie chez les divers sujets, et aussi aux diverses époques de la maladie. Il est très heureux que ces différents points de l'histoire de la pellagre n'aient pas encore été étudiés avec toute la rigueur nécessaire et de manière qu'on puisse savoir quelle est leur fréquence réelle et quel est leur degré de valeur. On s'est, jusqu'à présent, contenté d'une appréciation générale.

M. Cazenave fils (1) a cité trois cas dans lesquels la pellagre se déclara chez des individus non soumis aux causes ordinaires de cette affection: chez l'un d'eux, l'aliénation mentale était héréditaire; aussi ce médecin en conclut à un rapport direct entre l'aliénation mentale et la pellagre.

On a encore signalé comme symptômes de la pellagre, mais sans que nous puissions dire dans quelle proportion des cas, les troubles de la respiration, le *catarrhe bronchique*, la *phthisie pulmonaire*, la *laryngite ulcéreuse chronique*. Chez un certain nombre de sujets, on remarque l'*ardeur de l'urine*; quelques-uns ont des *desirs vénériens* immodérés, au début de la maladie; tous présentent, au contraire, une diminution marquée de ces désirs vers la fin. La *menstruation* n'est ordinairement remarquable que par son peu d'abondance; quelquefois, au contraire, il y a une *hémorrhagie*. Le *pouls* est lent et faible, jusqu'à ce que la fièvre s'allume; enfin, on note parfois une complication de *scorbut*. La multiplicité de ces symptômes divers éloigne évidemment l'idée d'une simple affection cutanée, car les lésions cutanées sont trop bornées pour les produire.

A une époque avancée, un *mouvement fébrile*, souvent intense, se manifeste; la langue se sèche, les symptômes digestifs augmentent, il y a *chaleur de la peau*, *soif*, etc. C'est cet état qu'on appelle *typhoïde*, bien qu'il n'y ait rien qui rapproche la maladie de la fièvre de ce nom.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la pellagre est généralement chronique avec des exacerbations qui viennent ordinairement au printemps, et qui portent principalement sur l'affection cutanée. Cependant on observe quelquefois des cas dans lesquels la maladie continue, et qui ont un certain caractère d'acuité. La *durée* est ordinairement

(1) *Union méd.*, 19 juillet 1854.

de plusieurs années, et l'on voit un certain nombre de malades qui vivent longtemps avec cette affection. Le suicide vient assez fréquemment abrégé cette durée. La mort est la *terminaison* ordinaire chez les sujets qui ne sont pas soustraits promptement aux mauvaises influences hygiéniques signalées plus haut. Dans le cas contraire, il y a lieu d'espérer la guérison ; les auteurs italiens et espagnols en fournissent d'assez nombreux exemples.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Les altérations anatomiques qu'on rencontre chez les sujets qui ont succombé dans la période extrême de la maladie sont des lésions chroniques des voies digestives et de leurs annexes, telles que l'ascite, le ramollissement et la couleur noire de la muqueuse de l'estomac et des intestins ; des altérations de l'encéphale, comme le ramollissement, l'induration du cerveau, l'injection des méninges, des épanchements séreux dans les ventricules ; des lésions analogues dans le rachis ; enfin des tubercules pulmonaires, les ulcérations du larynx et de la trachée, etc. De l'avis de tous les auteurs, il n'est aucune de ces lésions qui soit caractéristique. Quant aux altérations de la peau, elles ont été indiquées dans la description des symptômes.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

On ne pourrait confondre la maladie qui vient d'être décrite qu'avec l'*acrodynie* qui a été observée à Paris en 1828. Voici comment MM. Cazenave et Schedel trace le diagnostic différentiel de ces deux affections : « Dans l'*acrodynie*, disent-ils, l'érythème persistait, les douleurs étaient très vives, tandis que l'érythème pellagrique n'est que l'indication d'un état cachectique particulier de la constitution ; les malades ne souffrent pas ; ou, s'ils sont tourmentés, c'est seulement pendant les premiers jours... Dans l'*acrodynie*, l'insolation ne jouait aucun rôle ; la paume des mains et la plante des pieds se dépouillaient encore plus que le dos de ces parties et la sensibilité du derme mis à nu était fréquemment augmentée à un point extrême. » Nous avons vu plus haut combien les phénomènes sont différents dans la pellagre. Ces caractères sont suffisants pour établir le diagnostic.

*Pronostic.* — La pellagre est toujours une maladie grave. Elle le devient de plus en plus lorsque les malades ne sont pas soustraits aux mauvaises conditions hygiéniques. Les altérations cérébrales, la folie, rendent le pronostic très fâcheux.

#### § VII. — Traitement.

Il y a deux choses à considérer dans le traitement de la pellagre. La plus importante, sans contredit, est celle qui consiste à détruire la maladie dans les populations. Si, comme le pense le docteur Balardini, et comme il y a lieu de l'admettre d'après les recherches de cet auteur et de M. Roussel, c'est à la nourriture exclusive par le maïs, et surtout par le maïs altéré, qu'il faut attribuer la pellagre endémique, il est évident qu'on devra prendre des mesures pour rendre cette alimentation moins exclusive, et pour remédier à la mauvaise qualité de l'aliment. M. Roussel pense qu'un certain degré de torréfaction de la graine, avant de la

ermer pour la conserver, peut être fort utile ; quant aux mesures administratives, ce n'est pas ici le lieu de les indiquer. Quant aux cas isolés, comme ils résultent, selon toutes les apparences, de la transgression des règles de l'hygiène générale, c'est à rendre cette hygiène meilleure qu'il faut s'attacher.

Mais les médecins sont appelés à traiter des individus affectés de la pellagre. Quels sont alors les moyens qu'il convient de mettre en usage ? Le résumé suivant de M. Cazenave et Schedel, auquel il serait inutile d'en substituer un autre, répond parfaitement à cette question :

Dans les campagnes de la Lombardie, on ne s'occupe du traitement de la pellagre que lorsque des accidents graves se manifestent. On se contente de donner une meilleure nourriture à ceux de la famille qui en paraissent menacés ; de leur faire boire du vin, et de remplacer la *polenta* de maïs par du pain de froment et de la viande ; et le but est, en général, atteint. Vers la fin de mai et en juin, beaucoup d'habitants de la campagne viennent prendre les bains au grand hôpital de Mantoue, dans lequel ils séjournent et se baignent quinze à vingt jours, faisant une cure plus chère que chez eux ; puis ils font place à d'autres.

Comme traitement hygiénique, l'*hydrothérapie* serait probablement très utile, et tant plus que, convenablement appliquée, cette méthode donnerait du ton à la circulation et à toute l'économie, en même temps qu'elle solliciterait l'action cutanée. Un simple changement de nourriture amène souvent les meilleurs résultats, et ce vient à l'appui des expériences de M. Magendie, qui ont fait assez connaître que les effets nuisibles peut produire un seul et même genre d'alimentation continué longtemps et d'une manière exclusive.

Il ne paraît pas que le vin et le régime animal soient indispensables, puisque Frapolli a vu, chez des individus entrés avec des symptômes de pellagre dans les hôpitaux, une amélioration notable survenir, alors que leur nourriture consistait en pain de froment avec de l'eau. Frapolli, qui avait posé en principe que la pellagre résultait de la suppression de la transpiration sur les parties affectées, et que la saignée était nuisible dans ces maladies, reconnaissant cette cause pour point de départ, Frapolli, disons-nous, obtenait des succès marqués tout en s'abstenant du régime animal.

Mais le traitement hygiénique ne suffit pas pour combattre les symptômes graves de la pellagre, qui souvent réclament des moyens énergiques. Ces accidents sont ou nerveux ou congestifs, et souvent l'un et l'autre ; aussi est-il certain que les évacuations sanguines locales et générales, et l'emploi des antispasmodiques, des opiacés réunis aux toniques, sont d'une utilité pratique reconnue. Quelques médecins blâment énergiquement et rejettent absolument la saignée, soit locale, soit générale, dans la pellagre ; mais comme ce moyen dissipe assez promptement les accidents congestifs qui, dans cette affection, simulent l'inflammation franche, qu'il importe de combattre, on y a souvent et utilement recours. Il serait d'ailleurs difficile de lui substituer un autre moyen pour obtenir le même résultat, l'*hydrothérapie* n'étant pas du goût de chacun, et n'étant pas toujours d'une application facile.

Le traitement de ces divers accidents est donc à peu près le même que celui des diverses affections gastro-intestinales, méningo-encéphalites, entéro-méningites, entéro-myélites, etc., à la condition toutefois de se rappeler que l'on n'a pas

affaire à des inflammations franches, mais bien de nature pellagreuse. Aussi les *boissons adoucissantes*, les *lavements amidonnés*, les *opiacés*, les *émulsions*, les *fomentations*, sont souvent utiles et nécessaires.

» Quant à l'affection cutanée, les *bains simples de 25 à 26 degrés Réaumur* et les *fomentations émollientes*, en cas d'irritation un peu vive, sont tout ce qu'on réclame : l'utilité des premiers est telle, que beaucoup de praticiens les considèrent comme la base de tout traitement de la pellagre, pourvu que les forces des malades permettent d'y avoir recours ; mais, ainsi que Gaetano Strambio le remarque, on se gardera bien de considérer les bains comme l'unique et le principal remède contre cette maladie. »

## ARTICLE V.

### ACRODYNIE.

On est dans la plus grande incertitude relativement à la nature de cette maladie ; aucune des opinions qu'on a émises à ce sujet ne peut supporter un examen rigoureux, et, dans cette incertitude, nous avons cru pouvoir rapprocher l'acrodynie de la pellagre, avec laquelle elle a une certaine analogie. C'est, du reste, ce qu'avait déjà fait M. Rayer (1), qui a rangé cette affection parmi les *maladies pellagreuses*.

L'acrodynie a été observée à Paris depuis le mois de juin 1828 jusque vers le milieu de l'hiver de 1829 à 1830. Avant cette époque, on ne trouvait aucune trace de son existence en France ; mais dans d'autres pays, et surtout en Allemagne, on avait vu assez souvent apparaître une affection semblable, à laquelle on avait donné des noms différents que nous indiquerons plus loin. Ces affections sont-elles identiques ? C'est ce qui n'est pas parfaitement prouvé ; mais il est certain qu'elles ont beaucoup de caractères communs, et qu'elles se sont manifestées, dans de nombreuses contrées où on les a observées, sous forme épidémique. Parmi les auteurs allemands qui ont écrit sur l'affection épidémique convulsive, assez fréquente dans leur pays, nous citerons Schwenckfeld (2), Wolf (1717), F. Hoffmann (3), Müller (4), etc. ; et parmi les médecins français qui ont étudié l'épidémie de 1828, nous mentionnerons particulièrement MM. Chomel, Cayol, Genest (5), Dalmas (6), Dezeimeris (7) et Dance (8).

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il est extrêmement difficile de donner une bonne définition de l'acrodynie. Non seulement, en effet, nous ne pouvons exprimer sa nature, mais encore il y a

(1) *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, t. II, p. 890.

(2) *Bericht von der Krampfsucht*, etc., 1577.

(3) *Opera omnia medica*, t. III.

(4) *Act. med.* Berlin, t. VI.

(5) *Archives gén. de méd.*, 1828, t. XVIII, p. 332.

(6) *Journal hebdomad. de méd.* Paris, 1829, t. I, p. 331.

(7) *Journal général des hôpitaux*.

(8) *Dict. de méd.*, t. I, art. ACRODYNIE.

op de variations dans les divers cas qui se sont présentés et dans la physiologie de la maladie, suivant les localités, pour qu'il soit possible de donner en de mots tous ses principaux caractères. Nous indiquerons les suivants : engourdissements, fourmillements, douleur des extrémités, parfois contracture, tions diverses, altération de l'épiderme, troubles digestifs marqués, tels sont principaux symptômes de la maladie.

L'on admet que l'affection dont nous allons nous occuper est identiquement la même que celle qui a été décrite par les auteurs allemands, on doit en chercher la description dans ces auteurs sous les noms de *Krampsucht*, *Kornstaupe*, *Kriekrankheit*, *morbus spasmodicus malignus, epidemicus, convulsivus, morbus alis*. Par la plupart de ces dénominations, on voit qu'on a attribué assez généralement, en Allemagne, la maladie à une altération des céréales, et c'est là un point de ressemblance entre cette affection et la pellagre, que M. Roussel a très bien ressortir.

### § II. — Causes.

Tous les auteurs conviennent que les causes de l'acrodynie ne sont pas connues. On a attribué la maladie à l'usage de divers *aliments* et de diverses *boissons* ; mais il a été facile de faire sentir combien cette manière de voir était peu fondée, lorsqu'à Paris la maladie a sévi sur des sujets qui avaient une nourriture très différente, et que d'autres en grand nombre, dont la nourriture était la même, ont été atteints ou épargnés, suivant les localités où ils se trouvaient. C'est ce qui a été tout remarquable chez les militaires, certaines casernes présentant un assez grand nombre de malades pour qu'on fût obligé de les évacuer, et d'autres n'en ayant aucun. Les mêmes remarques s'appliquent à l'influence de l'*encombrement*, de l'*altération de l'air*, de l'*humidité des habitations*. Quoique l'affection n'ait régné aucun *âge* et aucun *sexe*, elle s'est montrée plus souvent chez les adultes que chez les hommes que chez les enfants et chez les femmes. Rien n'a démontré qu'elle fût contagieuse.

Le seul fait un peu important relativement à l'étiologie, c'est que la maladie s'est montrée dans des années où les étés ont été remarquables par leur humidité et leur élévation de la température. Mais doit-on accuser l'influence prolongée de ces *saisons* sur l'économie animale ? ou faut-il admettre que, dans ces années, les végétaux n'ayant pas atteint le degré de maturité convenable, l'alimentation a été malsaine et insuffisante ? Si l'exactitude de cette dernière opinion était démontrée, il y aurait une raison de plus de rapprocher l'acrodynie de la pellagre. Nous avons vu plus haut que les auteurs allemands professent cette manière de voir, mais la démonstration est loin d'être complète.

### § III. — Symptômes.

En général, les premiers symptômes qui se manifestaient dans l'épidémie de 1830 étaient un *engourdissement* et des *fourmillements* incommodes aux pieds et aux mains. Chez quelques sujets il y avait, dès les premiers temps, des *élancements* véritables dans ces parties ; mais, en général, ce dernier symptôme se montrait à une époque plus avancée. Il était rare que ces sensations, plus ou moins



douloureuses, existassent ailleurs qu'aux extrémités; dans quelques cas seulement les membres en étaient atteints à une certaine hauteur, et quelques sujets les éprouvées dans toutes les parties du corps.

On a aussi observé des altérations du *tact* et du *toucher*. Certains malades ne pouvaient toucher le corps le plus doux sans éprouver une sensation pénible comme s'ils touchaient des corps raboteux; d'autres, en mettant le pied sur le sol, croyaient marcher sur un corps mou; d'autres encore avaient perdu la sensibilité tactile au point de ne pas s'apercevoir que les corps qu'ils croyaient tenir leur avaient échappé, ou qu'ils avaient perdu leur chaussure. Ces aberrations du toucher étaient assez variables, et il est facile de s'en représenter les diverses variétés.

En outre, on remarquait des lésions de la *motilité*. C'est ainsi qu'un certain nombre de sujets présentaient de la *contracture*, des *spasmes des muscles*, des *crampes*, des *tressaillements*. Les *convulsions* se montrent d'une manière particulière dans le *morbus cerealis* des Allemands, ce qui a fait donner par beaucoup d'auteurs, à cette maladie, le nom de *morbus convulsivus*. Mais, comme plusieurs ont fait entrer dans leur description l'histoire de l'*ergotisme*, il y a quelque confusion sur ce point.

Les *mouvements* devenaient fréquemment si difficiles, que les malades ne pouvaient plus se servir de leurs doigts, et la paralysie des extrémités inférieures était souvent telle, qu'ils ne pouvaient marcher qu'en traînant par terre la pointe du pied. Ces diverses altérations de la motilité (contracture, crampes, paralysie) étaient loin de se montrer isolément; on les voyait, au contraire, habituellement se succéder chez le même sujet.

Dans le cours de la maladie on voyait apparaître, principalement aux pieds et aux mains, des *éruptions* de diverse nature. C'étaient des papules, des pustules, des taches cuivreuses, et même des phlyctènes ou des furoncles; enfin une *exanthème* de plus ou moins longue durée, et se renouvelant plus ou moins fréquemment. Chez plusieurs sujets on a observé des *sueurs* des pieds et des mains. A la suite de ces phénomènes, on voyait l'épiderme s'amincir, se ramollir, et parfois le corps muqueux être mis à nu. En pareil cas, la sensibilité des parties était très exaltée. Plus rarement, on a vu les mêmes altérations se montrer dans d'autres parties du corps, et Chomel a cité un cas dans lequel l'épiderme du melon s'est détaché en totalité.

Un phénomène qu'on peut regarder comme caractéristique était la *rougeur érythémateuse* des pieds et des mains, occupant les deux faces dans cette dernière partie, et bornée à la face plantaire dans les extrémités inférieures. La rougeur érythémateuse se montrait aussi dans d'autres parties du corps; et, en outre, dans un assez grand nombre de points, notamment sur l'abdomen et aux plis des articulations, on voyait apparaître une *teinte brune* ou *noirâtre* de la peau, qui n'était pas le phénomène le moins remarquable de cette singulière affection.

Dans la première période de la maladie, et parfois dès le début, on notait des troubles variables du côté des *voies digestives*. C'était assez souvent une simple perte de l'appétit, avec une tension, une pesanteur plus ou moins marquée dans la région épigastrique; parfois des vomituritions ou des vomissements; des coliques, un *dévoiement* quelquefois considérable et alternant avec de la constipation.

fin, quelquefois des selles sanguinolentes, et même des vomissements contenant peu de sang.

« Un *œdème*, le plus souvent partiel, mais quelquefois général, survenait, dit Dance (1), ordinairement dès le début chez la plupart des malades (les deux tiers environ). Il se remarquait principalement à la face, sur les lèvres et les joues, aux pieds et aux mains, quelquefois sur les parois abdominales, ou même dans toute l'habitude extérieure du corps, produisant alors une sorte de bouffissure générale. Cet œdème était ordinairement peu douloureux, peu considérable, ne conservait pas l'impression du doigt, et faisait peu varier la couleur de la peau, si ce n'est dans certains cas où elle semblait plus pâle ou comme tachée par des ecchy-moses.....

« Fréquemment, dit le même auteur, on observait en même temps une rougeur aux yeux bornée à la conjonctive oculaire ou palpébrale, quelquefois au bord libre des paupières, et accompagnée de larmoiement, de sensibilité de l'œil à la lumière, surtout de picotements, d'élancements, ou de la sensation de graviers interposés entre les paupières, sensations imitant, par leurs variétés, celles dont les pieds et les mains étaient le siège. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces phénomènes observaient quelquefois sans qu'il y eût de rougeur aux yeux. »

Excepté les symptômes du côté des voies digestives, que j'ai décrits plus haut, on n'observait pas de *phénomènes généraux* bien notables. Une *fièvre légère* dans quelques cas, plus forte lorsque les symptômes digestifs acquièrent une grande intensité; une *insomnie* assez opiniâtre, de l'irritabilité, tels sont ceux qui méritent d'être cités.

Toutes les relations de cette curieuse épidémie s'accordent, du reste, à dire que les symptômes prédominants étaient variables suivant les localités. Ici c'était la douleur, les fourmillements, l'engourdissement qui dominaient; là l'œdème, ou les éruptions, la coloration brune de la peau, etc. Quelques-uns même des symptômes précédemment énumérés manquaient complètement. Ainsi, à la caserne Lourcine, on n'observa pas la coloration brune de la peau; dans d'autres, on ne vit rarement l'ophtalmie, etc.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

On a voulu voir dans la *marche* de la maladie trois périodes, mais Dance a démontré que ces périodes étaient loin d'être distinctes. Tout ce qu'on peut dire, c'est que les troubles des voies digestives se montrent principalement dans les premiers temps; que la maladie présente alors un certain degré d'acuité, et qu'elle prend ensuite une marche essentiellement chronique. « Cette maladie se prolonge ordinairement, dit M. Rayer, plusieurs mois, ou cessait après quelques semaines. Beaucoup de malades, après une guérison apparente, ont été repris de la maladie, qui n'a cessé qu'avec l'épidémie. Elle se terminait rarement par la mort, excepté chez les vieillards. »

1) *Loc. cit.*

## § V. — Lésions anatomiques.

Nous n'avons rien à dire des *lésions anatomiques*. Dans la description des symptômes, nous avons fait connaître ce qu'on observait à la peau, et, quant à lésions internes, elles appartiennent, ainsi que le fait remarquer M. Rayet, à de simples complications.

## § VI. — Diagnostic, pronostic.

Ce n'est qu'avec la *pellagre* qu'on pourrait confondre la maladie dont nous venons de donner la description ; mais la marche de ces deux affections n'est pas la même. La recrudescence remarquable qu'on observe au printemps, les effets de l'insolation dans la pellagre, ne se remarquaient pas dans l'acrodynie ; l'altération de la peau est différente. On n'observait pas une folie acrodynique, comme on observe une folie pellagreuse. Enfin, le degré de gravité des deux affections est d'être le même.

Faut-il chercher à établir un diagnostic entre l'acrodynie et le *morbus ceri* des Allemands ? Nous ne le pensons pas. Les auteurs qui se sont le plus occupés de cette question sont d'avis que ces affections sont de la même nature. Il est sans doute, des différences dans les diverses épidémies ; mais ne savons-nous pas que c'est précisément un caractère fréquemment observé des épidémies de la même affection, de ne pas se ressembler complètement ? Et comment voudrions-nous que des épidémies observées dans des climats différents, à des époques éloignées, fussent identiques, lorsque nous voyons à Paris la maladie varier notablement suivant les localités ?

*Pronostic.* — L'intensité des divers symptômes et la longue durée de l'affection faisaient de l'acrodynie une maladie sérieuse. Cependant ce que nous avons dit plus haut de la terminaison prouve qu'elle ne peut pas être rangée parmi les maladies très graves. Le grand âge et la grande intensité des symptômes qui avaient pour siège les voies digestives étaient les circonstances les plus fâcheuses.

## § VII. — Traitement.

Nous ne connaissons pas de moyens très efficaces contre cette singulière maladie. Il n'y aurait pas grand avantage à entrer dans de grands détails à ce sujet ; le résumé suivant, emprunté à l'article de Dance, nous paraît suffisant : « La saignée dit cet auteur, n'a été avantageuse que pour dissiper un état de pléthore ou de congestion accidentel ; les *sangsues*, appliquées sur le bord des pieds, ont pu calmer l'érythème, mais sans diminuer les engourdissements ; sur le ventre, elles ont un peu d'efficacité contre les symptômes gastro-intestinaux ; sur le rachis, en grand nombre, elles ont paru à quelques praticiens plus favorables contre les douleurs de la queue. Les *cataplasmes émollients* autour des pieds ont été souvent de nul secours contre les fourmillements ; quelquefois il les ont augmentés. Les *frictions* sur les mêmes parties, avec des corps gras chargés d'une huile volatile (*térébenthine*) ou d'*ammoniaque*, ont eu plus de succès ; il en est de même des *lotions froides* aiguës avec de l'*acétate de plomb*. Nous ferons remarquer

À l'égard de la térébenthine, que ce médicament, en frictions, s'était déjà montré avantageux dans plusieurs des épidémies dont nous avons parlé précédemment, en particulier dans celle que Boucher a décrite. Un certain nombre de malades lui ont même leur guérison, au rapport de cet auteur, ce qui rapproche ces affections des névralgies, dans lesquelles la térébenthine est employée avec quelque succès. Les *bains simples*, liquides ou en *vapeur*, *sulfureux* ou *aromatiques*, n'ont en général produit que peu de soulagement. Les *vésicatoires* sont, de tous les moyens externes, ceux qui paraissent avoir eu le plus de succès pour calmer les engourdissements et les fourmillements, dans les cas notamment où ces douleurs étaient point bornées aux pieds et aux mains. Appliqués le long des membres, et surtout dans la direction du rachis, ils ont plusieurs fois amené la cessation de ces symptômes. Le *moxa* n'a été employé qu'un petit nombre de fois, et sans avantage marqué.

À l'intérieur, on a mis en usage l'*opium*, la *belladone*, l'extract de *noix vomique*, l'*asa fœtida*, la *valériane*, la *poudre de Dower*, sans obtenir en général autre changement qu'un calme temporaire dans les douleurs par le premier de ces médicaments. On a également tenté les *purgatifs*, l'*émétique à haute dose*, le traitement dit de la *Charité* pour la colique des peintres, mais sans résultats plus favorables. Ce dernier traitement paraît toutefois avoir eu quelque succès entre les mains de M. Cayol. Enfin, dans les cas où la maladie se présentait sous une forme rémittente ou intermittente, le *sulfate de quinine* s'est montré inefficace comme les autres médicaments. »

Pour compléter ce traitement, ajoutons ce que dit à ce sujet M. Rayer, qui a suivi les diverses phases de l'épidémie : « Dans l'incertitude où j'étais sur la nature de l'acrodynie, j'essayais, comme la plupart des médecins, divers remèdes que je croyais propres à combattre les symptômes prédominants, mais sans succès remarquable, la maladie étant toujours très longue et variée dans ses phénomènes. Le plus souvent j'opposais l'*eau de Seltz*, le *diascordium* et la *thériaque* aux dérangements des fonctions digestives. Lorsque les symptômes nerveux se montraient avec intensité dès l'invasion, je faisais pratiquer une *petite saignée*; le malade était ensuite plongé dans un *bain tiède*, et prenait un grain d'*opium* le soir : si ces symptômes survenaient, au contraire, dans la seconde ou la troisième période de la maladie, et lorsque leur constitution avait déjà été détériorée, j'administrerais des *bains sulfureux*, et quelquefois avec succès. Quant aux symptômes cutanés, je ne leur ai jamais opposé que des *bains tièdes*, des *lotions* et des *applications mollientes*. »

## ARTICLE VI.

### SCLÉRÈME.

Il y a à peine quelques années l'existence du véritable sclérème, de celui qu'on décrit dans ces derniers temps sous le nom de *sclérème des adultes*, était tellement ignorée de la plupart des auteurs, que cette maladie ne trouvait pas de place dans le cadre nosologique. C'est en 1845 que M. Thirial (1) publia une observa-

(1) *Du sclérème chez les adultes, etc. (Journ. de méd., mai et juin 1845).*

tion qui fixa l'attention générale. Plus tard, M. Forget (1), de Strasbourg, qui ne connaissait pas le fait cité par M. Thirial, eut occasion d'en observer un nouveau, et crut qu'il s'agissait d'une maladie nouvelle. De là une discussion de priorité entre ces deux médecins (2) qui ne pouvait pas être longue, puisque l'observation rapportée par M. Thirial avait une date antérieure bien constatée.

Cependant cette maladie n'était pas nouvelle, ainsi que l'a démontré M. le docteur Ravel (3), qui, dans des recherches biographiques très étendues, fait remonter la connaissance de la maladie jusqu'à Hippocrate (4). Cet auteur cite ensuite un grand nombre d'ouvrages dans lesquels on trouve non-seulement des exemples multipliés de la maladie qui nous occupe, mais encore des descriptions générales de cette affection, parmi lesquelles il distingue en particulier celle de Lorry (5). On ne peut entrer ici dans d'autres détails sur cet historique : on devra sur ce point consulter l'article plein d'érudition de M. Ravel. Au milieu d'exemples incontestables de véritables sclérèmes, il s'en trouve très certainement un nombre considérable sur lesquels on pourrait élever des doutes.

Quoi qu'il en soit, il est très évident que cette affection n'avait frappé qu'imparfaitement l'attention des médecins, et qu'elle était presque complètement oubliée, lorsque M. Thirial a de nouveau attiré l'attention sur elle, et qu'en outre cet auteur a eu le mérite de préciser ses caractères, bien plus qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui. Depuis l'époque où il a cité le premier cas qui se soit offert à son observation, d'autres faits semblables se sont présentés avec des caractères parfaitement tranchés. M. Thirial en a lui-même rapporté de nouveaux (6), et nous en devons plusieurs autres à MM. Bouchut (7), Putégnat (8), Rilliet (9), et Peltier (10).

À l'époque où fut publiée la première observation de M. Thirial, on pensa que cette maladie était semblable à celle qui se produit si fréquemment chez les nouveau-nés, déjà décrite sous le nom d'*œdème des nouveau-nés*, et qu'on a aussi appelée *sclérème*; mais nous avons fait voir alors (11) que les symptômes et les altérations anatomiques étaient essentiellement différents et constituaient deux maladies distinctes. Les faits, comme on va le voir, sont venus démontrer l'exactitude de cette opinion, et je crois qu'aujourd'hui il ne reste plus de doute sur ce point dans l'esprit de personne.

(1) *Mém. sur le chorionitis ou sclérosténose* (maladie non décrite par les auteurs) (*Gaz. méd. de Strasbourg*, juin 1847).

(2) Thirial, *Du sclérème des adultes; identité de cette maladie et de celle que M. Forget, de Strasbourg, vient de présenter comme nouvelle sous le nom de chorionitis, etc.* (*Union méd.*, 24 et 28 août 1847).

(3) *Rech. sur la stegnose (sclérème des adultes)* (*Journ. des connaiss. méd.-chir.*, novembre et décembre 1848).

(4) *Épidémies*, liv. V, chap. IX, *Œuvres d'Hippocrate*, trad. de Littré, t. V, p. 203.

(5) *Tractatus de morbis cutaneis*. Paris, 1777.

(6) *Note pour servir à l'histoire de la maladie nouvelle appelée sclérème des adultes, ou sclérodermie* (*Union médicale*, décembre 1849).

(7) *Observ. de sclérème des adultes* (*Gaz. méd. de Paris*, 25 septembre 1847).

(8) *Sur le chorionitis, ou sclérosténose de la peau* (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1847).

(9) *Revue méd.-chirur. de Paris*, 1848.

(10) Voy. Forget, *Lettre sur le chorionitis* (*Revue méd.-chir. de Paris*, février 1848).

(11) Voy. *Archives générales de médecine* (Bulletin, correspondance), 4<sup>e</sup> série, t. X, p. 355, mars 1846.

On peut donc dire dès à présent que le nom de *sclérème* doit être réservé à l'engorgement de la peau qui se manifeste avec les caractères observés chez les adultes, et que, pour éviter toute confusion, on ne doit plus le donner à l'œdème du nouveau-né.

Avec les documents que je viens de mentionner, il est permis de tracer une histoire à peu près complète du sclérème.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il est impossible de définir la maladie d'après sa nature. D'un autre côté, parmi les observations qui ont été citées comme exemples, on ne trouve pas toujours les lésions bornées au seul tissu de la peau, ni même du tissu cellulaire sous-jacent, sorte qu'il est assez difficile de donner une définition rigoureuse. Cependant, comme dans tous les cas ce qu'il y a eu de principalement remarquable, c'est l'engorgement du tégument externe, on peut jusqu'à nouvel ordre définir le sclérème : une maladie caractérisée par la dureté, la rigidité de la peau, avec ou sans changement de coloration de cette membrane, et sans altération notable des fonctions des autres organes.

Il résulte des recherches bibliographiques de M. Ravel, que la maladie a été treize fois désignée sous les noms de *stagnosis*, *cutis astrictio*, *constrictio*, *durities*, *induratio*, *sclérémie*. Dans ces derniers temps, on lui a donné les noms de *sclérème des adultes*, *sclérodermie*, *chorionitis*, *sclérosténose cutané*. Nous pensons qu'on peut lui appliquer exclusivement le nom de *sclérème*, qui ne saurait plus appartenir à l'œdème du nouveau-né.

Cette maladie doit être considérée comme *très rare*, puisque, dans l'espace de quatorze ou six ans, on n'a pu en observer qu'une douzaine de cas. Mais le nombre de cas, quelque petit qu'il soit, prouve qu'elle n'est pas aussi rare qu'on aurait pu le croire au premier abord, car les faits cités en 1845 parurent si nouveaux, qu'on les crut tout à fait exceptionnels.

### § II. — Causes.

Les causes de cette maladie sont fort obscures, et le petit nombre des cas que nous connaissons nous présentent des circonstances trop variées pour que nous puissions arriver à des résultats satisfaisants. Voici ce qui ressort de plus positif de ces faits.

#### 1° Causes prédisposantes.

*Âge.* — Le plus grand nombre des cas de sclérème a été observé chez les adultes ; chez eux l'âge a varié beaucoup, puisque nous trouvons des cas chez des sujets de quinze à quarante-huit ans. Si même on admettait comme des exemples incontestables de sclérème les observations de M. Pierquin cité par M. Ravel (1), il faudrait porter ce dernier extrême de l'âge jusqu'à soixante-douze ans. Mais dans la première de ces observations, les détails manquent complètement, et dans la seconde, il y a une circonstance particulière qui fait croire qu'il ne s'agissait pas d'une ma-

(1) *Loc. cit.*, p. 183 et 186.



maladie semblable à celle qu'ont décrite MM. Thirial et Forget : c'est la mobilité de la lésion qui se portait d'une partie à une autre, et le prurit qui l'accompagnait. Je reviendrai sur ce point dans la description des symptômes. De ces faits on a conclu d'abord que la maladie était propre aux adultes, et c'est ce qui lui a fait donner le nom de sclérème des adultes. Cependant M. Rilliet a rapporté un cas d'induration de la peau chez une jeune fille de neuf ans. Quant à l'observation de MM. Rilliet et Barthez (1), que M. Ravel (2) veut qu'on regarde comme un exemple de sclérème, nous ne croyons pas qu'on puisse l'accepter ; car il s'agit d'une simple hypertrophie du tissu cellulaire sans induration.

**Sexe.** — Il est bien remarquable que cette maladie se soit montrée dans l'immense majorité des cas chez les femmes ; cependant il ne faut pas croire, comme on a pu y être porté dans ces dernières années, en voyant que tous les cas se présentaient chez le sexe féminin, que les hommes en soient complètement exempts. M. Ravel a cité, en effet, quelques observations qui prouvent le contraire, et une entre autres recueillie par Strambio (3) qui ne laisse pas de doute sur l'existence de la maladie ; ce qu'il y a de certain, c'est que cette affection se montre presque exclusivement chez les femmes.

Parmi les autres causes prédisposantes, nous trouvons mentionnés dans les faits l'état incomplet, difficile de la menstruation, un trouble quelconque de la fonction, et l'habitation dans les lieux froids et humides. Mais les observations dans lesquelles ces circonstances sont notées ne sont pas encore assez nombreuses pour nous permettre d'établir des règles générales. Quant à l'usage prolongé de médicaments de difficile digestion, aux affections tristes de l'âme, signalés par les anciens et en particulier par Lorrey, ce sont des causes dont l'action aurait besoin d'être démontrée par des faits nombreux.

## 2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles nous retrouvons encore les troubles de la menstruation. Ainsi, dans les trois cas cités par M. Thirial, il y avait eu une fois une hémorrhée, une autre fois suppression brusque de règles, et enfin, dans le troisième cas, des règles devenues plus abondantes. Chez une femme observée par M. Cazenave, la maladie fut précédée par une suppression de menstrues sans cause connue. Il est nécessaire que les observations se multiplient sous ce point d'étiologique.

Dans plusieurs cas, l'affection s'est produite sans qu'on ait pu découvrir la cause probable.

Il faut se contenter de mentionner l'insolation, l'action du froid prolongée, le changement brusque de température, les lotions astringentes, causes qui ont été signalées par les auteurs qui nous ont précédés, mais dont l'action n'est pas suffisamment démontrée par les faits.

Telle est l'étiologie bien imparfaite de cette singulière affection.

(1) *Traité des maladies des enfants*, 1<sup>re</sup> édit., t. I, p. 739.

(2) *Loc. cit.*, p. 187.

(3) *Voy. Journal gén. de médecine de Sédillot*, t. LXI, p. 234 (Paris, 1817), par Oranam.

## § III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes, on a admis plusieurs variétés qu'il importe signaler. Sous le rapport de l'étendue de l'affection, Alibert, cité par M. Ravel, distingue un *sclérème général* et un *sclérème partiel*. Mais Alibert regardait à tort le sclérème des nouveau-nés (œdème) et le sclérème des adultes comme la même maladie, et, dans les cas bien authentiques que nous possédons, le sclérème n'a jamais envahi toute l'étendue de la surface cutanée. Cette distinction n'a pas, par conséquent, une importance réelle. Ce qu'il faut savoir seulement, c'est que, dans certains cas, la maladie occupe une très grande partie du corps, tandis que, dans d'autres, elle est bornée à une petite étendue, et particulièrement au cou et aux membres supérieurs.

M. Thirial a, d'après la différence de coloration que présente la peau, admis deux variétés, qui sont la *variété blanche*, c'est-à-dire celle dans laquelle la couleur de la peau n'est pas changée ou ne présente qu'un degré plus ou moins élevé de pâleur, et la *variété brune*, dans laquelle la peau est d'une couleur foncée et quelquefois noirâtre, comme celle des momies. Suivant M. Thirial lui-même, cette division n'aurait qu'une importance secondaire, puisque la première ne serait que le premier degré de l'affection qui tendrait à passer à la variété brune. Cependant on a vu, dans quelques cas, et principalement dans ceux qui ont été cités par Strambio et M. Forget, la coloration de la peau se manifester à une époque au moins très rapprochée du début. Il suit de tout cela qu'il suffira de mentionner ces particularités dans la description qui va suivre.

*Début.* — Il résulte de l'examen des faits que, dans le plus grand nombre des cas, la maladie débute, sans symptômes précurseurs, par l'induration du tissu cutané en un point d'abord limité, pour envahir ensuite plus ou moins rapidement les parties environnantes. Dans quelques cas rares seulement, l'induration est précédée de quelques symptômes étrangers : ainsi, dans le cas rapporté par Strambio, il y eut une fièvre éphémère qui fut suivie d'une rougeur érythémateuse et de l'induration, et, dans une de ces observations de M. Thirial, l'endurcissement de la peau fut précédé de quelques légers du côté de la poitrine et de l'estomac.

*Symptômes.* — Le symptôme presque unique dans cette affection est l'*induration des parties molles superficielles et principalement de la peau*. Cette induration commence presque toujours par la partie antérieure du cou, puis elle envahit les côtés, la nuque, et bientôt après elle se porte, d'une part, vers les membres supérieurs et la poitrine, et de l'autre vers la face et le cuir chevelu. Plus tard encore l'abdomen peut être envahi ainsi que les membres inférieurs. Mais il n'est pas un seul cas bien authentique dans lequel toute la surface du corps ait été indurée. Souvent l'induration s'arrête à l'abdomen, parfois elle occupe la partie supérieure des membres inférieurs, en laissant libre une partie du tronc ; d'autres fois, tandis qu'elle occupe le cou et la tête tout entière, elle envahit un des membres supérieurs dans une étendue beaucoup plus grande que celui du côté opposé.

Tantôt l'induration *finit brusquement* dans une partie de l'étendue des membres du tronc, de telle sorte qu'entre la partie indurée et la partie souple qui l'avoi-  
sine il y a un contraste très remarquable ; tantôt c'est *par degrés* insensibles que

cette induration cesse, comme on le voit dans une des observations recueillies par M. Thirial.

Lorsqu'on palpe les parties indurées, on trouve une *résistance* très considérable, une dureté semblable à celle des cadavres gelés. Cette dureté est principalement remarquable dans les parties où, à l'état normal, la souplesse est plus grande; aussi les seins ont une fermeté tout à fait extraordinaire.

Dans toutes les parties indurées, il est *impossible de faire aucun pli* à la peau, de la faire glisser sur les tissus sous-jacents, de la soulever et de la pincer.

En même temps que cette dureté, il y a dans la peau une *tension*, une espèce de *constriction* qui a fait donner à la maladie le nom de *sténose*.

Un autre phénomène remarquable qui résulte de cette rigidité et de cette tension de la peau, c'est l'*effacement des plis naturels*. La peau est devenue lisse, polie, et c'est ce qui a fait comparer les sujets qui présentaient en même temps une pâleur remarquable, à des statues d'ivoire poli ou de cire, suivant le degré de la *décoloration*. Nulle part cet effacement des plis naturels n'est remarquable comme à la *face* : il donne à la physionomie un aspect d'immobilité tout à fait frappant, et lorsque les malades veulent sourire, la face prend un aspect grimaçant.

Il résulte encore de cet état d'induration une *gêne des mouvements*, d'autant plus considérable que la maladie est plus avancée. Ainsi les malades ont de la difficulté à tourner le cou, à mouvoir les mâchoires, à fermer les paupières, à rapprocher les lèvres, qui restent entr'ouvertes, à plier les membres, etc. Il n'est pas jusqu'au larynx qui, dans un cas, ne se soit trouvé gêné dans ses mouvements d'ascension par suite de la rigidité des tissus qui le recouvrent.

Cependant cette induration ne cause pas de *douleurs* notables. Dans presque tous les cas, en effet, les malades ont accusé simplement une gêne plus ou moins considérable, mais non des élancements d'aucune espèce ni aucune autre douleur spontanée, et la palpation n'en détermine aucune. Nous ne trouvons dans les faits que nous avons sous les yeux qu'un seul cas, cité par Cazanova, dans lequel il y avait une douleur assez vive dans le bras gauche, ne se manifestant que la nuit. Mais il faut remarquer que cette douleur n'existait nullement dans les autres parties envahies par l'induration, et tout porte à croire que, dans ce cas exceptionnel, il y avait une complication, due probablement à une *névralgie brachiale intermittente*. Dans un des cas rapportés par M. Pierquin, il est parlé d'un *prurit* qui accompagnait l'induration. Mais nous avons déjà dit que, dans ce cas, la maladie était mobile, ce qui sort complètement des caractères du sclérème, et que tout porte à croire qu'il s'agissait d'une autre maladie, peut-être d'une espèce particulière d'urticaire. Dans une observation d'Hippocrate, il existait aussi un *prurit*, et quoique le fait soit rapporté avec très peu de détails, le diagnostic paraît être moins contestable. Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire que le sclérème n'occasionne pas de douleur véritable.

Au milieu de tous ces changements, la peau, ce qui est bien digne de remarque, *n'a pas subi de modifications très notables dans ses fonctions*. Ainsi la chaleur est conservée, ce qui, avec l'aspect de cadavre que présentent les parties, forme un contraste qui a frappé les observateurs. La sensibilité est également conservée, et la transpiration même se fait encore, quoique dans certains cas elle ne se produise qu'avec une certaine difficulté.

La coloration de la peau peut rester naturelle, au moins pendant un temps assez long ; mais il est plus ordinaire de rencontrer, soit la pâleur que nous avons mentionnée plus haut, soit, au contraire, une coloration qui du rouge sombre passe plus ou moins rapidement au brun, et qui, dans l'observation recueillie par M. Forget, *faisait ressembler la tête de la malade à celle d'une momie*. Dans ce dernier cas, la peau est comme tannée, ou ressemble à un vieux parchemin tendu.

Jusqu'à présent, nous n'avons parlé que de l'induration des parties superficielles, mais quelquefois cette induration peut occuper d'autres parties. C'est ainsi que M. Thirial a vu, dans un cas, la langue endurcie au point que la malade disait qu'elle lui semblait être un morceau de bois. Les mouvements de cet organe étaient naturellement très gênés et la parole embarrassée. Quant à l'induration des muscles indiquée par Strambio, il est douteux qu'elle existe réellement. Il aurait fallu, pour nous en convaincre, que cet auteur entrât dans quelques détails sur la contraction et la saillie des muscles et des tendons, ce qu'il n'a pas fait. Il est probable que la gêne apportée à l'exercice de ces organes par la rigidité des parties superficielles aura induit Strambio en erreur. Dans le cas rapporté par Cazanova, il est dit que l'induration pénétrait dans les interstices des muscles, mais c'est ce qui n'est pas parfaitement prouvé. Un peu plus de dureté dans certains points a pu faire croire à une induration plus profonde, d'autant plus que, dans ce cas l'induration avait, dans certains points, la forme de stries ou de plaques isolées, ce qui n'a généralement pas lieu. Enfin, Haller a trouvé deux fois l'induration occupant tout le corps dans toute sa profondeur.

Les fonctions des autres organes ne sont nullement troublées : ainsi l'appétit est conservé, le sommeil est bon, les fonctions respiratoires et digestives s'accomplissent bien. En un mot, et ce n'est pas là une des choses les moins remarquables de cette singulière affection, sans la dureté du tégument externe, et probablement aussi du tissu cellulaire sous-cutané, il n'existerait réellement pas d'état morbide.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La maladie a une marche rapide au début, plus tard elle reste stationnaire ou ne fait plus que des progrès lents. Sa durée est illimitée, elle ne paraît pas avoir de tendance naturelle à la guérison ; mais il résulte des faits que nous connaissons que, dans le plus grand nombre des cas, le traitement peut en triompher. Se termine-t-elle par la mort ? On ne connaît que le cas cité par Hippocrate et celui qui a été rapporté par M. Pierquin (1), dans lesquels cette terminaison ait été observée ; mais celui de M. Pierquin est le même que nous avons mentionné plus haut, et qui offre des doutes sous le rapport du diagnostic, et dans celui d'Hippocrate il n'est pas sûr que le malade n'ait pas été emporté par une maladie incidente sans rapport direct avec l'induration, de telle sorte que nous ne pouvons pas répondre d'une manière positive à cette question.

#### § V. — Lésions anatomiques.

Il résulte de ce qu'on vient de dire que nous n'avons que des documents tout

(1) Voy. Ravel, p. 184.

à fait insuffisants relativement aux lésions anatomiques. Dans le cas cité par M. Pierquin, il est dit seulement que le tissu cellulaire était blanc, compacte, dur comme s'il eût été comprimé, et que quelques vaisseaux lymphatiques avaient acquis un volume plus considérable que dans l'état sain.

Dans deux cas cités par Haller (1), nous voyons une induration de tout le tissu cellulaire, de la peau, des nerfs, en un mot, de toutes les parties molles. Ces faits semblent prouver que la maladie, après avoir envahi la peau, peut affecter tous les autres tissus. Malheureusement les observations détaillées nous manquent, et encore sur ce point nous restons dans le doute.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* n'offre pas de difficultés réelles. Il est inutile, par conséquent, d'entrer dans des détails à ce sujet. Le sclérème est une affection différente de la maladie des nouveau-nés, à laquelle on a donné à tort le même nom, et déjà décrite sous celui d'*œdème des nouveau-nés*. Il nous suffira, pour cela, de reproduire ce que nous disions, en 1846, à propos de la première publication de M. Thirial (2) :

« Suivant cet honorable confrère, nous aurions eu tort de soutenir avec Billard, et à l'aide de faits particuliers, plus explicites que ceux de cet auteur, que la maladie désignée sous le nom de *sclérème* par nos prédécesseurs présente deux lésions très distinctes, qui n'ont aucun rapport l'une avec l'autre, et qui, par conséquent, doivent être séparées nettement dans le cadre nosologique. Pour nous, en effet, il existe, d'une part, une maladie caractérisée essentiellement par l'œdème, et, de l'autre, une altération du tissu adipeux, qu'on observe quelquefois chez les enfants agonisants, quelle que soit leur maladie, et bien plus souvent sur les cadavres, cette altération n'étant survenue qu'après la mort.

» Pour soutenir son opinion, M. Thirial cite deux faits. Dans le premier, il est question d'un nouveau-né qui, dans le service de M. Trousseau, a présenté l'endurcissement adipeux deux jours avant la mort. Or ce fait ne nous paraît prouver qu'une chose, c'est que cette lésion anatomique peut se montrer un peu plus longtemps avant la terminaison fatale qu'on ne le pense généralement, quoiqu'un petit nombre de faits du même genre aient déjà été observés.

» Dans le second, il s'agit d'un adulte qui a offert une induration des parties molles, cas tout à fait exceptionnel, et dans lequel on ne trouve absolument aucune ressemblance avec ce qu'on observe dans les cas d'œdème des enfants nouveau-nés. Dans ce cas, nous trouvons, en effet, une très grande pâleur, et les nouveau-nés affectés d'œdème sont d'un rouge lie de vin pendant une grande partie de la maladie; ils ne deviennent pâles qu'à la fin. La maladie, chez la jeune fille observée par M. Thirial, a envahi d'abord le cou, et l'affection des nouveau-nés commence par un œdème des pieds, comme tous les œdèmes généraux. Nous pourrions signaler d'autres différences; mais nous aimons mieux tirer quelques raisons péremptoires de l'étude de l'œdème des nouveau-nés.

(1) *Opera omnia minora*, t. III, Lausanne, 1768: *Opuscula pathologica*, obs. 62.

(2) *Archives gén. de méd.* (Bull., corresp.), 4<sup>e</sup> série, t. X, p. 365, mars 1846.

» M. Thirial veut que cette affection soit une induration de la peau, que cette induration de la peau soit le point de départ de la maladie, et que toutes les autres altérations, ainsi que les symptômes qui leur correspondent, n'en soient que les conséquences. S'il en était ainsi, on verrait d'abord apparaître cette induration de la peau, puis la gêne de la respiration et de la circulation, et enfin l'œdème, qui, d'après M. Thirial, n'est qu'une complication. Or il y a une expérience bien simple à faire, c'est de suivre un petit malade pendant tout le cours de l'affection. Pendant plus de la moitié de la maladie, M. Thirial verra qu'il n'y a pas la moindre tension de la peau, que ce tégument est partout très souple, fortement coloré; qu'il se laisse soulever, qu'il glisse sur les parties sous-jacentes; qu'il n'y a, en un mot, rien qui ressemble à l'endurcissement adipeux que les enfants affectés de muguet, de pneumonie, etc., présentent parfois, dans les derniers moments, aussi bien que ceux qui sont affectés d'œdème. Aux pieds, aux mains, peut-être aux jambes, la peau est plus tendue, il est plus difficile, par conséquent, de la faire glisser sur les tissus sous-jacents; mais il est si aisé de s'assurer que cette tension est due à l'œdème, qu'il ne faut pour cela qu'une simple inspection. D'ailleurs, et cette remarque est capitale, on verra, après la mort, un certain nombre de parties entièrement libres de tout endurcissement adipeux, dans les cas où cet endurcissement sera survenu comme phénomène ultime. »

Quant à la *nature de la maladie*, on ne peut faire sur ce point que des suppositions. M. Forget, qui lui a donné le nom de *chorionitis*, a été d'abord porté à la regarder comme une inflammation de la peau. Mais ce n'est qu'avec réserve qu'il a émis cette opinion, qui n'est pas partagée par les autres auteurs. Nous n'insisterons pas, par conséquent, sur cette question encore insoluble.

*Pronostic.* — D'après ce que nous avons vu plus haut, la maladie est beaucoup moins grave qu'on n'aurait pu le croire d'après les symptômes et d'après l'étendue, souvent considérable, de l'induration. En supposant que les cas cités par Haller soient de la même nature que ceux qui ont servi à la description précédente, on peut admettre que la maladie prend un degré de gravité très grand lorsqu'elle envahit les organes profonds dont le jeu doit être nécessairement entravé.

## § VII. — Traitement.

Nous n'avons que peu de chose à dire du traitement de cette affection, parce que les divers moyens qu'on lui a opposés n'ont généralement été mis en usage que dans des cas isolés, de telle sorte qu'on ne peut pas en tirer des conclusions générales.

Les *émissions sanguines* n'ont guère été employées. Dans un des cas cités par M. Pierquin, on a, il est vrai, appliqué un très grand nombre de *sangsues* (295 en trente jours), mais nous avons vu plus haut que l'existence de la maladie particulière qui nous occupe n'est pas parfaitement démontrée dans ce cas. On a bien rarement eu recours à la *saignée générale*. Le malade observé par Strambio fut saigné au début de sa maladie, mais sans résultat.

On a naturellement eu recours aux *sudorifiques*. Ils n'ont, en général, pas eu de grands succès. M. le docteur Cazanova, après les avoir inutilement employés, ainsi que les *fumigations faites avec la vapeur du vinaigre*, eut recours aux *fumiga-*



# LIVRE DOUZIÈME.

## Intoxications.

[Nous exposerons, dans des chapitres distincts, les maladies communiquées  
comme par les *animaux sains* et les *animaux malades*, par les *matières putrides*  
*d'origine animale*, et enfin par les *poisons végétaux* et *minéraux*.]

---

## CHAPITRE PREMIER.

### MALADIES COMMUNIQUÉES A L'HOMME PAR LES ANIMAUX SAINS.

#### ARTICLE 1<sup>er</sup>.

#### MORSURE DE LA VIPÈRE ET DU SERPENT A SONNETTES.

1<sup>o</sup> *Morsure de la vipère*. — Le genre vipère comprend cinq sous-genres qu'on trouve : la vipère proprement dite, qui existe en Europe ; 2<sup>o</sup> le *trigonocéphale*, qu'on trouve aux Antilles ; 3<sup>o</sup> le *plature*, qui se trouve dans les pays baignés par la mer des Indes ; 4<sup>o</sup> le *naja*, qui se trouve aussi dans les Indes ; 5<sup>o</sup> l'*élaps*, qu'on rencontre à la Guyane.

Nous ne parlerons ici que de la morsure des deux premières espèces qui peuvent servir de type pour la description.

Nous poserons d'abord, en fait général, que les effets de la morsure de ces animaux sont dus à l'introduction, sous l'épiderme, à l'aide de crocs particuliers placés à la mâchoire supérieure, d'un liquide contenant un virus dont la composition nous échappe ; que l'introduction de ce venin dans le tube digestif ne produit pas les mêmes accidents, non plus que son application sur la peau non dénudée, qu'il est nécessaire que son absorption ait lieu par les veines.

2<sup>o</sup> *Morsure de la vipère commune*. — La morsure de la vipère commune donne lieu aux symptômes suivants : Douleurs ordinairement vives, souvent extrêmement dans toute la longueur du membre blessé ; on aperçoit une ou deux petites piqûres écartées de quelques millimètres sur le point mordu. Bientôt autour de ces piqûres rougeur et gonflement, envahissant une plus ou moins grande étendue du membre, et donnant lieu à un engorgement pâteux, luisant, d'un rouge livide, que quelquefois couvrent de phlyctènes. Plus tard, douleur plus vive ; puis se manifestent les symptômes généraux suivants : Douleur, pesanteur de tête, malaise, anxiété.

nausées, souvent des *vomissements bilieux*, lipothymies, *syncopes*. Au bout de quinze ou vingt heures ordinairement : *membre très volumineux*, *teinte ictérique* sur tout le corps, *sueurs froides*, visqueuses, refroidissement des extrémités, somnolence, *soif* vive, ralentissement du *pouls*, syncopes plus fréquentes. Au bout de deux ou trois jours, quelquefois moins et quelquefois plus, les symptômes s'apaisent, une transpiration plus ou moins abondante s'établit, et la guérison a lieu ; dans quelques cas cependant la mort peut survenir par l'aggravation de tous les symptômes précédents.

3° *Morsure du trigonocéphale*. — M. Rufz (1) a étudié avec soin les résultats de cette morsure, beaucoup plus grave que la précédente. Voici l'extrait de son mémoire, qui a été reproduit dans le *Dictionnaire de médecine* (2) : « M. Rufz a reconnu : 1° que la mort pouvait être subite, instantanée, ce qu'il attribue à une violente frayeur ; 2° que la mort pouvait avoir lieu quelques jours après l'accident par manifestation de symptômes primitifs, et cela au moment où le blessé se croyait à l'abri de tout danger ; 3° que la mort pouvait être la suite d'un trouble nerveux très intense, développé dès les premiers instants, et c'est surtout dans ce cas que la mort peut être prompte ; 4° que la terminaison fatale pouvait être la suite d'une congestion pulmonaire, accident assez commun que certains observateurs avaient pris pour une pneumonie, ou bien être la conséquence d'un phlegmon diffus développé dans le membre blessé ; 5° et enfin, qu'alors même que la piqure n'était pas aussi grave, elle pouvait donner lieu à des gonflements, à des abcès, à des gangrènes partielles, des nécroses, des paralysies des sens (amaurose, etc.), à des paralysies des mouvements, à des névralgies, à des troubles divers de l'intelligence, etc., désordres qui se prolongent pendant un temps plus ou moins long. »

Quant aux autres symptômes, ils sont les mêmes que ceux que produit la vipère commune, seulement beaucoup plus intenses.

4° *Morsure du serpent à sonnettes* (crotale). — Les accidents produits par la morsure du serpent à sonnettes sont encore beaucoup plus graves et plus rapides, mais de la même nature ; quelquefois la mort survient en huit ou dix minutes ; rarement les malades survivent plus de trois ou quatre heures. M. Bosc, qui a étudié avec grand soin le crotale, a vu que les derniers moments de l'agonie étaient excessivement pénibles ; la *gangrène* se montre sur la blessure ; un *sang noir s'écoule de toutes les parties du corps*, la *langue* se gonfle énormément, et sort de la bouche ; il y a une *soif* inextinguible, et tous les autres accidents indiqués ci-dessus sont portés au plus haut degré.

*Traitement*. — Les mêmes traitements s'appliquent à la morsure de toutes les espèces qui viennent d'être mentionnées ; seulement ils doivent être plus ou moins actifs suivant les cas.

#### SOINS A DONNER AUX MALADES AVANT LA VENUE DU MÉDECIN (Rufz).

« 1° Aussitôt qu'on est piqué par le serpent, sur-le-champ même, sans faire un pas de plus, placer une *ligature* à un pouce au-dessus de la piqure, avec une cravate ou une bretelle ; serrer convenablement.

(1) *Enquête sur le serpent*. Saint-Pierre-Martinique, 1845. — *Annales d'hygiène*, t. XVII, p. 382.

(2) Article VIPÈRE, t. XXX.

• 2° Examiner les plaies, en reconnaître le nombre, juger, par l'intervalle qui sépare l'empreinte des crocs, de la grosseur du serpent; *retirer les crocs*, s'il y en a qui sont cassés dans les plaies.

• 3° *Essuyer la plaie, la sucer* soi-même ou la faire sucer fortement à plusieurs reprises pendant cinq ou six minutes.

• 4° *Frotter les plaies avec du citron ou de l'urine, ou des chlorures*, ou bien avec toute autre des infusions qu'on aura sous la main; mais frotter rudement, de manière à insinuer le liquide dont on fera usage au fond des piqûres.

• 5° *Cautériser* avec le fer rouge ou bien avec un des caustiques indiqués, surtout avec le *caustique de Vienne* ou la *pierre à cautère*, après scarification des plaies, ou sans scarification, après application d'une ou deux ventouses, ou sans aucune application.

• 6° Coucher le malade chaudement, lui faire prendre une des *infusions recommandées* (1), et relever ses esprits, s'il est effrayé.

• 7° Essayer de *prévenir le phlegmon* par des applications émollientes, résolutives; si la suppuration n'a pu être évitée, ouvrir une issue au pus par des incisions multipliées et bien placées.

Pour le reste du traitement, voici le résumé que nous trouvons dans le *Dictionnaire de médecine* :

Après le pansement, on fera mettre le malade au lit, et il prendra quelques frictions chaudes avec un peu d'ammoniac ou d'esprit de Mindererus, pour provoquer la transpiration; si la frayeur a été très vive, s'il y a des syncopes, on donnera quelques toniques, un peu de vin sucré, par exemple, pour ranimer les forces. L'*engorgement phlegmoneux* sera traité par les embrocations huileuses, les cataplasmes émollients, et le membre sera placé dans une situation un peu élevée; on ouvrira avec soin les abcès qui pourraient se former; en un mot, on combattra les complications à l'aide des moyens ordinaires de la chirurgie. Enfin les désordres peuvent être tels, par suite de phlegmons profonds, de gangrène, etc., qu'il faille recourir à l'amputation: c'est ce qui se voit après la morsure des grands serpents venimeux. M. Bosc a remarqué que la piqûre du boiquira (crotale) cause souvent une *tuméfaction énorme du larynx*, suivie de suffocation, contre laquelle on pense que la *bronchotomie* pourrait être utile; ce serait un essai à faire dans le cas dont il s'agit. Les *congestions pulmonaires* peuvent être quelquefois apaisées par la saignée, mais l'*émétique à haute dose* vaudrait peut-être mieux.

Dans les cas très graves, alors que se manifestent les accidents généraux si redoutables dont nous avons parlé, on emploie généralement une *médication tonique*, les préparations de quinquina, les cordiaux; peut-être les *chlorures*, vantés par quelques personnes, et dont parle avec éloge M. Ruz, seraient ici de quelque efficacité. Quant aux accidents consécutifs, amaurose, etc., ils réclament les secours ordinaires de la médecine.

1) Voyez plus bas.

## ARTICLE II.

## PIQÛRE DES INSECTES ET DES ARACHNIDES VENIMEUX.

1° *Insectes.* — *Piqûre de l'abeille, de la guêpe, du frelon, etc.* — L'abeille, comme on sait, un aiguillon creusé d'un petit canal, et communiquant avec une vésicule qui contient le venin ; c'est l'introduction de ce venin sous l'épiderme qui produit tous les accidents.

Les *symptômes* sont les suivants : *Douleur vive, brûlante, gonflement, rougeur, légère tension*, et quelquefois *malaise général*, ou même *fièvre*. Dans le cas où n'y a qu'un petit nombre de piqûres, ces symptômes ne durent que quelques heures avec une certaine vivacité, et se dissipent complètement en une journée. Il n'est que dans quelques cas exceptionnels qu'on a vu des accidents nerveux être le résultat d'une seule piqûre. Lorsque les piqûres sont très nombreuses, le gonflement peut être extrêmement considérable avec des symptômes fébriles intenses, et la mort en être le résultat.

Cette piqûre guérit très bien sans aucun *traitement*, mais on peut bien hâter la guérison en enlevant le point où elle a été faite, et qui est ordinairement visible, et en pratiquant des lotions d'*eau vinaigrée*, d'*eau de Goulard*, d'*acide boracique étendue d'eau* ; d'*eau-de-vie camphrée*, d'*eau salée*, etc.

Ce que nous venons de dire de la piqûre de l'abeille s'applique très bien à celle de la guêpe et du frelon ; quant à la piqûre du cousin ou du moustique, elle n'a pas d'autre traitement, et elle est moins violente ; celles que produisent les fourmis et quelques autres insectes ne méritent pas davantage d'être mentionnées ici.

Dans certains pays, les *scolopendres* ou *myriopodes* font des piqûres douloureuses ; c'est encore aux mêmes *moyens de traitement* qu'on a recours.

Les insectes peuvent produire des accidents plus ou moins graves en déposant leurs œufs dans diverses parties du corps, dans lesquelles se développent les *larves* ; mais comme, dans tous ces cas, il suffit de faire l'extraction des étrangers, soit à l'aide d'injections, soit à l'aide d'instruments, cette méthode est suffisante ici.

2° *Arachnides.* — Parmi les arachnides, nous citerons le *scorpion*, très commun dans le midi de la France, en Italie et en Espagne, et surtout le *scorpion d'Afrique*, qui est beaucoup plus gros et plus dangereux.

Les *symptômes* auxquels donne lieu la piqûre du scorpion sont semblables à ceux que produit la morsure de la vipère ; seulement ils sont beaucoup moins intenses quand il s'agit des scorpions d'Europe : suivant même M. Bérard (1) ils seraient nullement dangereux à Rome. Le scorpion d'Afrique, selon quelques observateurs, peut donner la mort en quelques heures.

Le *traitement* est le même que celui de la morsure de la vipère.

Quant à la piqûre de la *tarentule*, à laquelle on a attribué des effets si étranges, nous nous bornerons à dire qu'il est reconnu aujourd'hui que tout ce qu'on a avancé à ce sujet doit être rangé parmi les fables, et que si la ta-

(1) *De l'hygiène de Rome* (Journ. des connaiss. méd.-chir., mars 1848).

Suit quelque accident, c'est tout au plus une *irritation locale* avec inflammation *érysipélateuse*, et quelquefois *phlyctènes*.

### ARTICLE III.

#### MAL DE VERS OU DE BASSINE.

Bien qu'il ne s'agisse pas ici d'une maladie transmise à l'homme par des animaux pleins de vie, nous avons cru devoir la rapprocher des précédentes, en attendant qu'on puisse lui assigner sa place réelle dans le cadre nosologique.

Cette affection, décrite par M. Potton (1), n'avait pas jusqu'à lui attiré spécialement l'attention des médecins. Cependant il semble qu'elle n'avait pas passé tout à fait inaperçue, puisque Vincens et Baumes (2) ont parlé de quelques affections analogues aux fileuses de cocons, et que M. Villermé (3) a constaté l'insalubrité du milieu de la soie. M. Potton seul nous a donné une description détaillée de cette affection.

**Définition, fréquence.** — M. Potton a désigné sous le nom de *mal de vers* ou *bassine* une éruption vésiculeuse, quelquefois pustuleuse, se manifestant entre les doigts, sur le dos et dans la paume de la main, uniquement chez les femmes qui se livrent à la filature de la soie. La dénomination donnée par M. Potton est uniquement fondée sur les causes déterminantes du mal.

Le *mal de vers* est une maladie fréquente, elle attaque toutes les femmes occupées sans interruption de la filature des cocons ; mais elle présente cela de particulier, qu'après une première atteinte, les fileuses sont pour toujours à l'abri. Elle n'est pas inoculable.

**Causes.** — M. Potton pense que la maladie est produite par les émanations qui s'échappent pendant la filature des cocons anciens et doubles ; que c'est dans la décomposition que le temps a fait subir progressivement au corps de l'animal qu'il faut placer l'origine du mal, le *manuel opératoire* et l'*eau chaude* aidant puissamment à cette cause. Ce médecin s'appuie, pour soutenir cette opinion, sur ce que les cocons de l'année ne déterminent pas ces accidents.

**Symptômes.** — Voici la description des symptômes, telle qu'elle est présentée par l'auteur :

« Après une semaine ou deux au plus, de travail assidu et régulier, l'ouvrière voit se produire sur les mains, et principalement sur la main droite, dans l'intervalle des doigts, entre la première et la deuxième phalange, quelquefois même sur le dos et dans les plis de la main, une *démangeaison* qui n'a d'abord rien de pénible ; une *teinte érythémateuse* l'accompagne. Bientôt la *rougeur* devient plus forte ; elle est semblable à celle de l'érysipèle, plus marquée entre les doigts. L'extension ou la pression la dissipent momentanément, Le *gonflement* ne tarde pas à se produire ; il augmente avec la *douleur*, qui devient *cuisante*. La *chaleur* est vive, exagérée. La peau se couvre de *marbrures*, de *plaques brunâtres* ; l'épiderme

(1) *Du mal de vers ou de bassine*. Paris, 1852. — Rapport à l'Académie de médecine (*Bulletin de l'Académie*, t. XVII, p. 803).

(2) *La topographie de la ville de Nîmes et de sa banlieue*. Nîmes, 1802.

(3) *Annales d'hygiène*, 1839, t. XXI, p. 338.

se soulève. On voit d'abord surgir une *éruption miliaire* de petites vésicules qui s'accroissent, se remplissent d'un liquide clair et transparent, qui se trouble ensuite, s'épaissit et devient visqueux. Ces vésicules sont régulières, presque toujours arrondies; leur volume, leur proéminence varient; tantôt elles sont nombreuses, tantôt trois ou quatre seulement recouvrent les points d'élection: ce sont de véritables *bulles*. Tous les mouvements deviennent pénibles, ils ont pour résultat, dès le troisième ou quatrième jour, si les ouvrières, malgré un pénible sentiment d'*engourdissement* ou de gêne, continuent leur travail, de faire éclater les vésicules; la sérosité s'échappe, et un soulagement momentané, quelquefois permanent, se manifeste. Dans ce dernier cas, la maladie borne là les souffrances qu'elle détermine. Les symptômes s'amendent avec rapidité, l'inflammation et la douleur cessent à l'instant; après sept ou huit jours, il ne reste plus aucune trace du mal, autre que celle laissée par l'exfoliation de l'épiderme.

« Mais, en général, ce n'est pas ainsi et d'emblée que ces premiers désordres dissipent, une *deuxième période* s'annonce; ou bien les vésicules subissent une véritable transformation et prennent le caractère de *pustules*; ou bien encore les premiers boutons se montrent de franches pustules, offrant d'habitude les dimensions des boutons de vaccine. Ces pustules ne sont pas ombiliquées... »

Si aucune cause ne vient troubler l'éruption, elle arrive à son apogée du cinquième au sixième jour; mais le plus souvent, pour une cause quelconque, les pustules s'ouvrent d'une manière prématurée; il survient alors d'autres boutons supplémentaires qui prolongent la durée de tous les accidents; mais une fois arrivés à terme, que le pus soit évacué ou non, toutes les souffrances cessent, que le *derme* soit à nu et les *surfaces ulcérées*; les fileuses peuvent reprendre leurs occupations.

Telle est la seconde période, ou plutôt la *deuxième forme*, qui dure de quinze à dix-sept jours depuis l'invasion; mais il est une *troisième forme* plus fâcheuse encore que la précédente. Dès que les pustules se développent, l'inflammation prend un plus haut caractère d'intensité. Toute la peau est altérée dans ses points compromis à l'entour; le *tissu cellulaire sous-cutané* est envahi, le gonflement devient énorme; il y a *déformation des doigts et de la main*, *tuméfaction œdémateuse* qui se prolonge au poignet, à l'avant-bras et même au bras; endolorissement, engorgement des *vaisseaux lymphatiques*, et des glandes de l'aisselle. Dès le cinquième ou le sixième jour on voit apparaître de petits *phlegmons* arrondis, circonscrits pour l'ordinaire sous les pustules, et qui s'ouvrent du huitième au dixième jour.

Pendant cette période il se développe des *accidents généraux*, frissons, céphalalgie, insomnie, nausées, vomissements, etc. Dès que le pus s'est fait jour, les accidents cessent, et du dix-huitième au vingtième jour la guérison est parfaite.

Le *diagnostic* n'offre aucune difficulté; et le *pronostic* a toujours été favorable.

1° *Traitement prophylactique*. — M. Potton ne doute pas que si dans l'opération de l'étoffage des cocons on parvenait non-seulement à tuer, mais à dessécher entier, d'une manière immédiate, toute la *chrysalide*, on préviendrait peut-être les conséquences dangereuses que sa composition détermine à l'époque de la filature.

Les moyens prophylactiques qui ont le mieux réussi à M. Potton sont : les bains



ac, les lotions fréquentes dans l'eau saturée d'alun ou de sulfate de cuivre *toniacal* ; mais il est peu d'ouvrières qui veulent s'y astreindre.

**Traitement curatif. Première forme.** — Quand les premiers symptômes apparaissent, il suffit de faire suspendre le travail pour voir la maladie avorter ; les accidents reparaissent dès que l'ouvrière reprend ses occupations.

**Deuxième forme.** — « Ce qui prouve, dit M. Potton, que cette affection n'est qu'une inflammation ordinaire, c'est qu'à tous ses degrés les antiphlogistiques et les mollifiants n'ont jamais réussi ; au contraire, ils ont toujours exaspéré les symptômes. »

Les topiques calmants et les narcotiques n'ont pas mieux réussi. Les moyens qui ont eu le plus de succès entre les mains de M. Potton sont les toniques légers.

**Bains** avec les décoctions de plantes aromatiques, de feuilles de noyer, de sauges, ou d'écorce de chêne ; des manulaves avec le miel rosat étendu d'eau. Les applications topiques avec des solutions d'alun, de sulfate de fer, de sulfate de zinc.

Un moyen réputé très efficace dans les fabriques des Cévennes, consiste dans les lotions avec de l'urine et des applications de compresses trempées dans ce liquide.

**Troisième forme.** — Aux moyens employés dans le second degré, M. Potton a joint avec avantage les cataplasmes avec la camomille, le quinquina, le camphre. Quand les pustules étaient ouvertes, il employait des pommades avec le tannin, l'acétate de plomb ; des cautérisations superficielles avec le nitrate d'argent.

Les démangeaisons qui persistent pendant quelques jours ont été diminuées par les bains, les embrocations avec les huiles, les baumes légèrement excitants.

#### ARTICLE IV.

##### EMPOISONNEMENT PAR LES CANTHARIDES.

**Signes de l'empoisonnement.** — Saveur âcre, soif vive ; douleurs violentes à l'épigastre d'abord, puis dans tout le ventre ; vomissements, selles souvent sanguinolentes ; ardeur de la vessie et du canal de l'urèthre, strangurie, urine souvent sanguinolente ; parfois priapisme ou satyriasis. Fièvre, délire, convulsions, syncopes, coma.

Dans les matières des déjections, un examen attentif fait découvrir des paillettes vertes ou dorées, brillantes, qui sont des fragments de cantharides.

**Traitement.** — Exciter le vomissement par la titillation de la luette et l'expectoration. Antiphlogistiques ; opium à l'intérieur et à l'extérieur ; frictions huileuses camphrées. Dans les cas de collapsus, excitants toniques (1).

(1) Poumet, *Nouvelles recherches et expérimentations sur l'empoisonnement par les cantharides* (Ann. d'hygiène publique et de méd. lég., Paris, 1842, t. XXVIII, p. 347 et suiv.).

## CHAPITRE II.

## MALADIES COMMUNIQUÉES A L'HOMME PAR LES ANIMAUX MALADES.

[Nous décrirons dans ce chapitre la *morve*, le *farcin* et les *maladies chancereuses*, qui ont été récemment étudiées avec le plus grand soin par M. le Dr Bourgeois (d'Étampes) (1).]

ARTICLE I<sup>er</sup>.

## MORVE, FARCIN.

La *morve* et le *farcin* sont deux affections de la même nature et toutes seules qui n'ont été bien connues que dans ces dernières années; et qu'il importe de décrire à part.

Suivant M. Ricord (2) et M. Beau (3), l'épidémie du xv<sup>e</sup> siècle, qui eut son siège à Naples; serait un mélange des anciens maux vénériens avec la *morve*. Ce dernier auteur s'est fondé sur un passage d'un ouvrage de Lafosse sur la *morve* des chevaux; mais c'est à Waldinger qu'on rapporte la première observation de la transmission de la *morve* du cheval à l'homme (1810). En 1812, Lorin (4) rapporta un fait qui prouva l'exactitude de cette assertion; et depuis lors jusqu'en 1833, on rapporta un certain nombre d'observations, tant en Allemagne qu'en Italie et en Angleterre, qui ne laissent aucun doute à cet égard. En 1833, fut publiée la thèse du docteur Elliotson (5), qui fit connaître quatre nouveaux cas de *morve* aiguë; puis parurent d'autres observations, et enfin, en 1837, M. Rayer (6) donna une description détaillée de cette affection. Depuis lors, il ne s'est pas passé une année où des faits semblables ne se soient présentés dans les hôpitaux, et nous avons vu paraître sur ce sujet un bon nombre de travaux parmi lesquels nous citerons ceux de MM. Vigla (7), Ambr. Tardieu (8), Monneret, Landouzy, et plusieurs autres que nous mentionnerons dans le cours de cet article.

## ARTICLE II.

## MORVE AIGUE.

La *morve aiguë* est celle qui, chez l'homme, se présente le plus souvent

(1) *Traité de la pustule maligne et de l'œdème malin*. Paris, 1861.

(2) *Lettre sur la syphilis*. Paris, 1856.

(3) *Documents historiques sur l'opinion de M. Ricord, qui rattache l'épidémie du xv<sup>e</sup> siècle à la morve* (*Union médicale*, 15 juin 1850).

(4) *Journal de méd. chir., et pharm.*

(5) *On the glanders in the human subject* (*Med.-chir. Transact.*, London, 1833, p. 471).

(6) *De la morve et du farcin chez l'homme*. Paris, 1837, in-4 avec fig.

(7) Thèse. Paris, 1839.

(8) *De la morve et du farcin chronique chez l'homme*. Paris, 1842.

on, et dont les symptômes sont le plus violents. Nous en donnerons l'explication complète.

### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *morve aiguë* à une affection fébrile, virulente, ne se développant jamais spontanément chez l'homme, mais se transmettant du cheval à l'homme, celui-ci à son semblable par inoculation, et, suivant quelques auteurs, par contagion. Un fait cité par M. Teissier (de Lyon), et que nous mentionnerons plus tard, semblerait prouver qu'elle peut se développer spontanément chez l'homme. Cette affection est caractérisée par une sécrétion particulière des narines, à laquelle on a donné le nom de *jetage*, et par des altérations spéciales de la peau et du tissu cellulaire.

Cette maladie a été décrite sous les noms de *farcin*, de *jetage*, de *gland*, etc., empruntés à la pathologie des animaux. MM. Cazenave et Schedel (1) ont emprunté le nom d'*equinia*, que lui a donné le docteur Elliotson, et qui rappelle son origine.

### § II. — Causes.

D'abord on a pu admettre que la morve se développe spontanément chez l'homme, c'est qu'on ne possédait pas encore un assez grand nombre de faits observés; il est démontré que cette maladie ne peut se transmettre que par contagion. La contagion s'opère, soit par *infection*, soit par *inoculation*. De toutes les *prédisposantes* qu'on a citées, il n'en est aucune qui mérite d'être signalée. L'infection a lieu presque toujours du cheval à l'homme; les palefreniers, les écuriers, ceux qui couchent dans les écuries et qui sont longtemps en contact avec les chevaux, sont le plus exposés à la contracter; mais quelquefois on l'a vue se produire chez des sujets qui étaient restés très peu de temps auprès des chevaux malades.

On a cité quelques cas d'*infection d'homme à homme*, chez des sujets qui avaient été en contact avec des malades; celui qu'a rapporté A. Bérard (2) est le plus remarquable. Pendant l'élève qui avait contracté la morve avait pansé le malade, et avait aidé à l'autopsie; de sorte que, même dans ce cas, on peut se demander s'il n'y avait pas inoculation.

La contagion par inoculation est la plus fréquente; il suffit d'une simple égratignure chez les individus qui pansent les chevaux, pour que le virus s'introduise dans l'économie. M. le docteur Carnevale-Arella (3) a rapporté un cas de morve bien caractérisée observé chez un homme qui avait reçu au visage une grande quantité de liquide du jetage du cheval, et M. Mackensie (4) en a rapporté un autre fait semblable. On a cité des cas dans lesquels l'action de *boire dans le même verre que les chevaux malades* a déterminé la morve; dans un cas, ce fut une morve à la joue; enfin, de quelques faits rapportés par Hamon (5), et dans lesquels

(1) *Traité des maladies de la peau.*

(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, novembre 1841, t. VII, p. 182.

(3) *Giornale delle scienze med. di Torino*, t. XXIX.

(4) *London Journ. of med.*, septembre 1851.

(5) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, juin 1839, t. III, p. 990.

voit la morve se déclarer chez des carnassiers qui s'étaient nourris de ces animaux malades, on a conclu que la chair du cheval morveux pourrait produire cette maladie chez l'homme.

M. Duclos (1) a cité un cas très intéressant de morve aiguë chez une femme qui n'avait jamais été en contact avec les chevaux, et qui était occupée à dévider des crins que l'on tord dans les abattoirs. C'est sans doute à cette circonstance qu'on a dû le développement de la maladie.

Quelquefois il est impossible de remonter à la cause occasionnelle; ainsi M. Bérard (2), de Lyon, a recueilli une observation de ce genre chez une femme travaillant en soie, et qui n'avait eu aucun contact direct ou indirect avec des chevaux ou des individus atteints de maladie. Rien dans ce fait ne peut faire supposer qu'il ne s'agisse pas dans ce cas d'une morve aiguë spontanée; le pus fut inoculé à un cheval qui succomba en dix jours.

### § III. — Symptômes.

Comme dans toutes les maladies développées par contagion, il y a dans la morve aiguë une période d'*incubation*; cette période a une durée qui n'est pas bien connue. Suivant quelques auteurs, lorsque la maladie est transmise par infection, elle peut se prolonger pendant une ou deux semaines et plus; dans les cas où elle se développe à la suite de l'inoculation, l'incubation varie de vingt-quatre ou trente-six heures à trois ou quatre jours.

*Début.* — Le début est différent suivant que la maladie s'est développée par infection ou par inoculation. Dans le premier cas, il y a du malaise, un brisement des membres plus ou moins marqué, un frisson intense et prolongé, ou bien des frissons erratiques, une prostration extrême, parfois des nausées et des vomissements, de la diarrhée, une céphalalgie ordinairement violente.

Lorsque la maladie est le résultat de l'inoculation, on voit presque constamment, pendant quelques jours, survenir les symptômes locaux suivants : rougeur, tension, douleur, aspect érysipélateux du point où a été appliqué le virus et des points environnants; s'il existait une plaie, les bords en sont blafards et fongueux; le pus est sanieux; on trouve les signes d'une phlébite ou d'une lymphangite, avec engorgement des ganglions, avec suppuration du tissu cellulaire, etc. Quelquefois les symptômes généraux précédemment décrits se montrent presque en même temps que les symptômes locaux.

Dans un cas cité par M. Marchant (3), la maladie débuta comme une fièvre intermittente tierce.

Enfin, la plupart des cas de morve chronique se terminent par une morve aiguë, et alors celle-ci débute comme dans le cas de transmission par infection.

*Symptômes de la maladie confirmée.* — Les douleurs articulaires du début ne tardent pas à prendre une intensité considérable; elles ressemblent à celles du rhumatisme articulaire aigu, et se font sentir principalement dans les épaules, les coudes et les genoux. La douleur occupe un nombre d'articulations très va-

(1) *Journal de méd.*, juillet 1846.

(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 20 juillet 1852, t. XVII, p. 878.

(3) *Archives gén. de méd.*, 1839.

e. N'ayant quelquefois que le simple caractère d'un engourdissement, elle est vive et déchirante chez certains sujets ; dans quelques cas seulement, la douleur s'accompagne de gonflement, de rougeur et de chaleur, comme dans le rhumatisme articulaire aigu. Plus rarement on trouve dans la continuité des membres, ou dans le tronc, des douleurs qui ressemblent à celles du rhumatisme articulaire.

Un des symptômes les plus remarquables est l'apparition de l'érysipèle de la face, ou plutôt d'une inflammation des parties molles de la face, occupant principalement le nez, les yeux et les parties voisines, et consistant dans une rougeur jaunâtre ou livide, un gonflement des tissus, et un empâtement marqué. Les paupières, envahies, sont gonflées, et la muqueuse palpébrale sécrète un liquide jaunâtre et âcre. Il n'est pas rare de voir cet érysipèle se propager au cuir chevelu. Une inflammation semblable peut se montrer au niveau des articulations dans la continuité des membres, ou sur une partie du tronc ; elle est le prélude de la formation d'un abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané ; les abcès de ce genre se montrent principalement à la face, au niveau des articulations, vers le crâne, l'angle de la mâchoire, etc.

Quelquefois ces abcès sont extrêmement nombreux, et occupent non-seulement le tissu cellulaire, mais l'épaisseur des muscles ; ils se montrent alors dans les régions du corps les plus variées, et principalement aux mollets ; le pus qu'ils contiennent est de mauvaise nature, séreux, fétide, contenant parfois des bourbilleux et aggrégués.

Des pustules de différentes formes apparaissent sur les diverses parties du corps. Elles commencent par de petites taches rouges, suivies d'une papule blanchâtre, bientôt après de la formation du pus. Ces pustules sont entourées d'une aréole rouge ; parfois elles sont placées sur une tuméfaction rouge du derme, semblable à une plaque d'urticaire : les unes sont pointues, les autres aplaties ; quelquefois une grosse pustule est entourée d'un nombre plus ou moins considérable d'autres petites. Le pus qu'elles contiennent est jaunâtre, et quelquefois une certaine quantité de sang qui s'y mêle donne à la pustule un aspect violacé.

Ces pustules occupent principalement la face ; mais on en voit parfois un grand nombre sur le tronc et sur les membres, et la maladie pourrait alors simuler certaines varioles ; quelquefois elles sont presque confluentes.

Dans certains points, ce ne sont pas de simples pustules, mais bien des phlegmons, des bulles d'une étendue variable, pleines d'un liquide sanguinolent et noirâtre ; dans quelques cas, on a vu apparaître des espèces de tubercules rougeâtres semblables à des *nævi*, et qui se déchirent très promptement.

Des eschares gangréneuses se montrant sur les points occupés par l'inflammation érysipélateuse, ou sur d'autres parties de la peau, ou encore sur des muqueuses, sur des surfaces dénudées par des vésicatoires, sont encore des symptômes communs de la maladie. Quelquefois la gangrène envahit une grande étendue de tissus.

Des ulcérations occupant soit la base des pustules, soit, ce qui est bien plus fréquent, les surfaces muqueuses, et principalement les fosses nasales, le voile du palais et le pharynx, ne tardent pas à s'ajouter aux symptômes locaux.

Une sensation de plénitude, quelquefois de chaleur, et d'une douleur légère

annonce le *coryza spécial* qui se rencontre dans cette maladie; bientôt le symptôme d'obstruction augmente, et l'on voit s'écouler par les deux narines, quelquefois par une seule, un liquide d'abord blanchâtre et visqueux, mêlé de caillottes striées de sang, puis purulent et jaunâtre : c'est ce qu'on a appelé le *jetage*. Au même temps le passage de l'air dans les fosses nasales est difficile. Parfois les éruptions, les eschares qui donnent lieu à ce jetage détruisent profondément les téguments et l'on a vu la cloison du nez complètement perforée.

Du côté de la *bouche*, on trouve des ulcérations, des gangrènes semblables, une tuméfaction des tissus, et un écoulement analogue à celui des fosses nasales. Les symptômes du même genre se montrent dans le pharynx, et l'on observe la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. La *langue*, lorsque la maladie est intense, est quelquefois rétractée, dure, comme dans les fièvres graves, et présente quelques pustules; au début, au contraire, elle reste molle, et n'offre qu'un revêtement blanchâtre.

L'*appétit* est complètement perdu, la *soif* très vive; les *vomissements* sont rares. Le *ventre*, normal au début, devient, dans quelques cas, météorisé, et plus ou moins douloureux à la pression. Il existe, ordinairement dans les premiers temps de la *constipation*; mais vers la fin de la maladie il est ordinaire de voir survenir des *selles diarrhéiques* fétides, parfois involontaires.

Par suite des lésions qui occupent le pharynx et qui peuvent s'étendre à l'*épiglotte* et au *larynx*, la *voix* est souvent altérée, éteinte; quelquefois l'*haleine* est très fétide. Il existe une *toux sèche*, avec *expectoration* muqueuse, sans caractère particulier; parfois les malades rejettent des crachats rouillés et sales. Quelquefois seulement l'auscultation fait entendre un peu de *râle sibilant* ou *muqueux*; vers la fin de la maladie, la *respiration* devient accélérée et laborieuse.

Le *pouls* est toujours fréquent; il le devient de plus en plus à mesure que la maladie fait des progrès; sa fréquence varie de 120 à 150 pulsations, faibles et compressibles; il devient irrégulier et intermittent aux approches de la mort.

Nous avons dit plus haut qu'un certain nombre de malades présentaient des *épistaxis* au début; ces *hémorrhagies* peuvent se reproduire plus tard, et l'on a vu d'autres se montrer du côté de l'intestin ou dans les muscles.

A mesure que la maladie marche, la *prostration* fait des progrès sensibles, les malades sont frappés de crainte; leur sommeil est agité, ils ont des rêveries, et enfin un *délire* continu ou alternant avec le *coma*.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la morve aiguë paraît pendant trois ou quatre jours, quelquefois plus, assez lente; ce ne sont d'abord que des frissons, de la courbature et des douleurs; mais au bout de ce temps, surviennent les symptômes d'une fièvre violente, et peu après les signes locaux caractéristiques de l'affection. On a vu là trois périodes distinctes : la première a reçu le nom de *période rhumatismale*, la seconde celui de *période typhoïde*, et la troisième pourrait être désignée par celui de *période de la maladie confirmée*. On a cité quelques cas dans lesquels la première période aurait duré un mois, six semaines, et plus encore; mais il est pro-



le 'qu'en pareil cas la maladie avait débuté par un farcin chronique qui s'est transformé en morve aiguë.

La durée de la maladie, dans un certain nombre de cas de morve aiguë primitifs, rassemblés par les auteurs du *Compendium de médecine*, a été de trois jours à huit-neuf. Tous les cas que nous connaissons ont eu une terminaison fatale, à l'exception de deux seulement. Le premier a été observé par le docteur Carne-Arella (1) ; le second, par M. Mackensie (2). Dans les deux cas cités par ces médecins, le mode d'infection avait été le même.

### § V. — Lésions anatomiques.

Les principales lésions, observables sur le vivant, sont les pustules, les bulles, les abcès, les ulcérations indiquées plus haut ; l'épaississement, la suppuration du mucus ; les abcès du tissu cellulaire et des muscles, abcès souvent nombreux, pouvant occuper presque toutes les parties du corps, et contenant ordinairement un pus de mauvaise nature ; des traces d'inflammation des articulations, la dénudation, le ramollissement, la carie des os ; l'injection de la muqueuse pituitaire, son épaississement, son ramollissement, des ecchymoses dans son épaisseur ; des eschares nécrotiques, des pustules, des ulcérations, la destruction des tissus ; des lésions observées dans la bouche, des altérations semblables sur l'épiglotte et dans le larynx ; des ecchymoses à la surface des poumons, des taches apoplectiformes, des tumeurs formées par une substance jaune lardacée, des abcès parenchymateux ; autour de ces lésions, le tissu des poumons sain ou congestionné, ou ramolli ; quelquefois des ulcérations dans le gros intestin (Laudouzy) ; fréquemment congestion ; le ramollissement, l'augmentation de volume de la rate. MM. Burdette et Vigla ont plusieurs fois rencontré une inflammation manifeste de quelques veines. Le sang est tantôt coagulé, tantôt fluide ; dans un cas, MM. Nonat et Auley ont cru y rencontrer la présence de globules purulents ; les ganglions lymphatiques, affectés pendant la vie, sont gonflés, mous et rougeâtres ; quelquefois présentent des points purulents. Les autres lésions signalées n'ont rien de constant.

### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Les pustules, les bulles, le coryza particulier, l'érysipèle, les douleurs articulaires, suffisent pour faire distinguer cette maladie de la *fièvre typhoïde*.

Un érysipèle de la face, n'occupant d'abord qu'un seul côté, avec écoulement nasal plus ou moins abondant, pourrait en imposer pour un cas de morve aiguë, survenant, si, comme chez un sujet que nous avons observé récemment, il y avait en même temps une violente angine et des symptômes fébriles intenses ; mais l'absence des pustules, des bulles et des tubercules dans d'autres parties du corps que celle qui est occupée par l'érysipèle, et aussi l'absence des douleurs articulaires, des eschares nécrotiques, feront éviter l'erreur.

Les mêmes signes ont servi à M. Vigla pour distinguer, de la maladie qui nous

1) *Loc. cit.*

2) *Loc. cit.*

occupe, une *phlébite de la face*, avec inflammation de l'orbite et des sales. L'absence des éruptions cutanées et des lésions des fosses nasales ne doit pas confondre la morve aiguë avec la *résorption purulente*. Quant aux maladies mentionnées par quelques auteurs, il n'est pas nécessaire de les discuter ici, car l'erreur est impossible.

Le *pronostic* est grave, puisque jusqu'à présent, la maladie s'est presque toujours terminée par la mort.

### § VII. — Traitement.

Nous ne saurions insister sur un traitement qui non-seulement n'a pas guéri les malades, mais même ne leur a procuré aucun soulagement ; on a mis en usage les vomitifs, les purgatifs, les sudorifiques, les toniques de toutes sortes, les narcotiques, les antispasmodiques, et l'on a conseillé le mercure à haute dose ainsi que le sulfate de quinine à dose croissante.

Dans le cas rapporté par M. Carnevale-Arella (1), le traitement consistait en saignées en trois jours, en cataplasmes émollients autour du cou, en frictions huileuses à l'intérieur et en quelques narcotiques. Dans le cas rapporté par M. Kensie, ce médecin prescrivit immédiatement 2 grammes d'ipécacuanha pour provoquer le vomissement, 25 centigrammes toutes les heures de sesquicarbonate d'ammoniaque dissous dans le moins d'eau possible ; gargarisme avec le chlorure de potassium, alimentation substantielle, eau vineuse, opiacés le soir. Le malade sortit guéri après dix jours de traitement (2).

Mais je n'insiste pas davantage, car il est évident que c'est aux médecins de cas semblables, à chercher s'ils peuvent, par un moyen quelconque, guérir cette maladie. C'est seulement quand on aura atteint ce but qu'il sera utile de discuter le traitement le plus convenable pour les symptômes locaux, et de prescrire des médicaments pour les ulcérations et les eschares.

## ARTICLE III.

### MORVE CHRONIQUE.

Il est rare que la *morve chronique* soit une affection primitive. Elle est presque toujours au farcin, et, dans ce cas, on lui donne le nom de *morve farcinée*. Nous n'avons qu'un petit nombre de faits. Les deux principaux sont rapportés à M. Tardieu (3), à qui nous empruntons la description suivante.

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La morve chronique est une affection contagieuse, caractérisée principalement par des ulcérations particulières des fosses nasales et des voies aériennes, des articulaires et musculaires, et des symptômes de cachexie. Cette morve est rare chez l'homme.

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

(3) *Voy. Thèse, p. 101 et suiv.*

## § II. — Causes.

La seule cause de la morve chronique est la transmission de la morve ou du farcin des solipèdes à l'homme.

## § III. — Symptômes.

Cette affection est presque toujours précédée du farcin chronique. Le début est lent, suivant qu'il en est ainsi ou qu'elle se montre primitivement.

Lorsque la morve chronique succède au farcin, on voit, au bout d'un temps variable, survenir des symptômes, du côté des fosses nasales, qui annoncent l'apparition de la nouvelle maladie. Lorsqu'elle se produit d'emblée, le malade, après avoir ressenti du malaise, de la fatigue, de l'affaiblissement, des douleurs très vives dans les membres et les articulations, et quelquefois une pleurodynie excessive et pénible, est pris successivement, ou en même temps, de toux et de mal de gorge, puis d'un enchifrèment très gênant.

**Symptômes de la maladie confirmée.** — « Dans les deux cas, dit M. Tardieu, le mal de gorge ou la toux paraissent ordinairement avant la gêne des fosses nasales. Une douleur se fait sentir dans la trachée, il y a comme étranglement; la toux s'altère et peut même s'éteindre. Ce symptôme disparaît du reste quelquefois après un certain temps. La toux s'accompagne de dyspnée et d'une expectoration plus ou moins abondante, qui manquent souvent. Ces troubles de fonctions respiratoires ne sont pas toujours bornés ainsi : une véritable bronchite capillaire, une pneumonie même, peuvent survenir dans le cours de la morve chronique, et donner lieu à des phénomènes réactionnels assez aigus. Le malade se plaint bientôt d'un enchifrèment qu'il est facile de reconnaître à ses reniflements continuels; les narines semblent bouchées et donnent difficilement passage à l'air; cette obstruction est souvent le seul signe qui existe; il est rare qu'il s'y joigne de la douleur; pourtant quelques malades indiquent une douleur sourde et profonde à la racine du nez, entre les deux yeux, et qui s'étend jusque dans les sinus. Ils moussent de temps en temps du sang qui vient par caillots; quelquefois des croûtes se détachent difficilement, ou bien simplement un mucus puriforme grisâtre, dont la quantité peut aller jusqu'à constituer, dans des cas très rares, un véritable écoulement. Il se peut alors qu'en examinant les fosses nasales, on aperçoive quelques végétations dont on peut suivre le développement, ou qu'en introduisant un stylet on sente des inégalités ou même une perforation de la cloison. Dans la cavité buccale, le même examen peut faire reconnaître l'existence, soit à la voûte palatine, soit au fond du pharynx, d'ulcères qu'on peut seulement soupçonner dans le pharynx et la trachée. L'auscultation et la percussion ne donnent pas toujours des résultats bien positifs, alors même qu'il y a de la toux; mais, dans le cas de bronchite et de pneumonie, ceux qu'elles fournissent ont toute leur valeur ordinaire. Il est extrêmement rare que l'on observe l'engorgement des ganglions sous-maxillaires; la peau n'est le siège d'aucune éruption, mais on a vu quelquefois des érythèmes survenir, surtout aux pieds et à la partie inférieure des jambes. A ce cortège d'accidents spéciaux vient s'ajouter l'ensemble des symptômes généraux qui se rencontrent également dans le farcin : les douleurs articulaires et mus-

culaires, la *diarrhée*, les *nausées*, la *fièvre* avec ses frissons et irréguliers; les *sueurs* alternant avec la *sécheresse* de la peau, le teint terreux, l'amaigrissement, l'épuisement, l'insomnie et tous les signes *chez* profonde. »

Dans un nombre de cas qui, suivant M. Tardieu (page 103), peut considérable, on peut ne voir, pendant toute la durée de la maladie, que symptômes du farcin, et cependant on trouve à l'autopsie des lésions des foyers qui prouvent que la morve est venue s'y joindre.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la morve chronique est lente et continue; la *durée* plusieurs mois; et même quand la maladie ne s'accompagne pas de farcin se prolonger plusieurs années (cinq ou six ans). La *terminaison* est l'existence qu'un seul cas peu concluant qui pourrait faire admettre la possibilité de la guérison; il est dû au docteur Elliotson. La mort survient ordinairement lente et dans le marasme; dans quelques cas, seulement, l'affection se forme en morve aiguë promptement mortelle (Vigla, Tardieu).

#### § V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* principales sont le gonflement, l'épaississement considérable de la pituitaire; sa couleur violacée; des abcès sous-muqueux; perforations profondes, quelquefois détruisant les cartilages et les os, et perforation : des ulcérations semblables à la voûte palatine, à la base de la lèvre inférieure, dans le pharynx, dans le larynx, dans la trachée et même dans les bronches. Aux derniers points, les ulcérations sont ordinairement très étendues. On trouve dans la trachée des cicatrices irrégulières, bridées, déformant l'organe. Quelquefois on voit les ganglions bronchiques gonflés et suppurés. Des abcès et des points purulents peuvent se montrer dans les poumons. Enfin dans la morve farcineuse on voit dans différentes parties du corps, sous la peau, dans les muscles, dans les ganglions, des *abcès* qui existent souvent avec carie des os.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Nous ne connaissons guère que la *syphilis constitutionnelle* qui se confondue avec la morve chronique. La forme des ulcérations à bords irréguliers, la promptitude avec laquelle les os du nez sont détruits, la nature chronique des ulcérations pharyngiennes, la fétidité de l'écoulement purulent, la syphilis, sont les principaux points sur lesquels s'établira le diagnostic. Dans certaines circonstances, comme l'existence des syphilides et les renseignements fournis par l'histoire de la maladie, on peut faire défaut.

Ce que nous avons dit plus haut de la terminaison suffit pour montrer que le pronostic est grave.

## § VII. — Traitement.

Le mauvais résultat des moyens employés inspire peu de confiance ; c'est pourquoi nous nous bornerons à dire qu'on a conseillé l'iode, l'iodure de potassium, le mercure, les eaux sulfureuses, les toniques ; la *cautérisation des ulcères*, les *injections iodées* ou toniques dans les abcès ; l'injection de la *créosote* dans les fosses nasales (2 gouttes pour 2 grammes d'eau), et par-dessus tout de bonnes conditions hygiéniques.

*Extrait d'aconit.* — M. Decaisne rapporte (1) dans les *Archives de médecine* et *de chirurgie*, deux faits qui établissent l'utilité de l'extrait d'aconit administré à dose successivement croissante de 5 à 75 centigrammes dans les cas de farcin chronique.

« On pourrait répéter utilement ces expériences sur des chevaux farcinés en employant la racine fraîche d'aconit. »

M. Hamoir (2) cite également deux observations dans lesquelles ce médicament a amené rapidement la guérison. C'est donc un moyen qu'il sera bon de soumettre à de nouvelles expériences et d'appliquer à la morve chronique.

Il est à peine nécessaire d'indiquer les précautions *prophylactiques*. Les principales sont de ne pas toucher les chevaux morveux ou farcineux avec les doigts corchés, et de ne pas coucher dans leurs écuries.

## ARTICLE IV.

## FARCIN AIGU.

Cette affection, due à la même cause que la morve aiguë, n'en diffère que par l'absence des lésions des fosses nasales. Dans un seul cas, M. A. Tardieu a vu un léger suintement par les narines.

On a cité (Hertwick, Lorin) quelques cas de *terminaison heureuse* du farcin aigu ; mais d'après les auteurs qui se sont occupés spécialement de cette affection, ces faits ne présentent pas une assez grande certitude sous le rapport du diagnostic.

Le traitement ne diffère pas de celui de la morve aiguë, et, selon toutes les apparences, ne produit pas de meilleurs résultats.

## ARTICLE V.

## FARCIN CHRONIQUE.

Ce qui fait différer le farcin chronique de la morve chronique qui se produit d'emblée, c'est, dans quelques cas, un *début* assez rapide, et une fièvre assez forte à l'apparition du premier abcès ; la production de *tumeurs* douloureuses promptement fluctuantes dans la majorité des cas, quelquefois se résorbant ou disparaissant pour se porter vers d'autres points ; la cicatrisation des abcès, suivie, au bout d'un temps plus ou moins long, de nouvelles tumeurs ; l'absence des lésions des

(1) *Union médicale*, 25 novembre 1852.

(2) *Archives de méd. milit. belge*, et *Union médicale*, 10 février 1853.

*fosses nasales*, et enfin la mort avec des symptômes fébriles plus ou moins marqués et dans un marasme extrême.

On a cité quelques cas de guérison du farcin chronique. M. A. Tardieu trouve six sur vingt-deux qu'il cite; mais plusieurs ne lui inspirent pas grande confiance. M. Monneret (1) en a rapporté un cas.

Le *traitement* ne diffère pas de celui de la morve chronique, et il est impossible de savoir s'il a été pour quelque chose dans les cas de guérison qu'on a cités. Nous bornons donc à rappeler l'emploi de l'*extrait d'aconit à haute dose* préconisé par MM. Decaisne et Hamoir.

## ARTICLE VI.

### RAGE.

On pense que la rage n'était pas inconnue aux Grecs; mais le fait n'est pas certain. Depuis Cælius Aurelianus, il n'est pas de traité de pathologie qui n'ait un article consacré à cette maladie. Parmi les ouvrages les plus renommés dans les temps modernes, nous citerons celui d'Énaux et Chaussier (2), et parmi les plus intéressants documents, les rapports au comité consultatif d'hygiène publique sur les cas de rage observés en France pendant les années 1850 à 1858 (3).

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *rage* est une affection générale produite par la communication d'un virus qui se développe chez certains animaux, et caractérisée par des symptômes nerveux spéciaux.

Cette affection a été décrite sous les noms d'*hydrophobie*, *hydrophobie rabique*, *tétanos rabien*, *rabies canina*, *lyssa canina*.

#### § II. — Causes.

Une seule cause produit la rage : c'est l'*introduction du virus rabique dans l'économie*. Le virus rabique se développe chez les animaux des genres *Canis*, *Felis*, tels que le chien, le loup, le renard, le chat; ces animaux peuvent transmettre la rage à tous les autres. Il n'est pas parfaitement démontré que ces derniers puissent la communiquer à l'homme; cependant les expériences de G. Bichet ont prouvé qu'à l'aide de la bave d'un animal enragé, on peut transmettre la maladie des carnivores aux herbivores, et réciproquement. D'après d'autres expériences, les herbivores communiquent moins facilement la rage que les autres.

La rage est due à un *virus* connu seulement par ses effets et qui réside dans la bave. Les autres liquides de l'économie ne paraissent pas susceptibles de transmettre la maladie. Pour produire la rage, le *virus doit être inoculé*; les faits cités pour prouver que la maladie s'est communiquée par des embrassements, des touchements, etc., ne sont pas concluants.

M. le docteur Putégnat (de Lunéville) (4) a observé un cas de rage mor-

(1) *Gazette médicale*, 1843.

(2) *Méthode de traiter la morsure des animaux et de la vipère*. Dijon, 1785.

(3) *Annales d'hygiène publique*, 2<sup>e</sup> série, T. I et XIII.

(4) *Journal de méd. de Bruxelles*, et *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, mars 1845.



attribuée à un enfant par la morsure d'un chien qui n'était pas enragé, mais seulement furieux. On ne peut nier l'exactitude du fait ; mais n'était-ce pas là un cas d'hydrophobies non rabiques causées par la frayeur, et dont nous avons cité des exemples (1).

### § III. — Symptômes.

**Rage** est une maladie toujours identique avec elle-même ; une certaine variabilité dans les principaux symptômes ne suffit pas pour autoriser les divisions qu'on a proposées.

**Incubation.** — Nous ne connaissons pas les limites extrêmes de l'incubation de la rage ; ce qu'il y a de plus certain, c'est que la maladie, dans le plus grand nombre de cas, se développe du trentième au quarantième jour ; que néanmoins elle peut se manifester plus tôt ou plus tard ; mais que les cas dans lesquels, suivant certaines relations, elle aurait apparu quelques heures après la morsure, ou au contraire plusieurs années après, ne présentent pas les garanties nécessaires pour inspirer la confiance.

**Prodromes.** — Tous les auteurs ont signalé parmi les prodromes de la rage certains phénomènes qui se passent du côté de la morsure, tels que des picotements, des douleurs plus ou moins vives, et quelquefois même l'ouverture de la plaie, ou simplement la tuméfaction de ses bords. On a cité un certain nombre de faits qui prouvent que ces assertions ne sont pas dénuées de tout fondement ; mais il faudrait bien se garder de croire que les phénomènes qui viennent d'énumérés se manifestent constamment ; il résulte, au contraire, de l'étude des faits en observés, qu'ils n'ont lieu que dans la minorité des cas.

Les prodromes qui se manifestent le plus souvent sont : l'inquiétude, la tristesse, la céphalalgie, une agitation plus ou moins grande, des secousses spasmodiques, quelques pandiculations et des frissonnements ; parfois des nausées, des vomissements, de la constipation.

**Symptômes de la maladie confirmée.** — Le symptôme principal de cette période est l'horreur des liquides : dès qu'on en présente un au malade, il éprouve une anxiété extrême, un sentiment de constriction à la gorge et de suffocation ; mais il parvient à surmonter assez cette aversion pour boire quelques gouttes, dès qu'elles parviennent au pharynx, la constriction de la gorge devient extrême, la suffocation augmente, la face exprime la terreur, le malade repousse ou jette le vase, et tombe souvent en convulsions ; la même chose arrive, quoiqu'on ait caché au malade l'existence du liquide.

Dans un certain nombre de cas, l'horreur des liquides est *complète*, c'est-à-dire que les malades ne peuvent boire d'aucun liquide, quel qu'il soit ; d'autres fois elle est *incomplète*, et alors le malade peut boire, soit du vin, soit du bouillon, soit la bière, etc. ; mais il est remarquable que l'eau inspire toujours de l'horreur, au moins qu'on ne la donne d'une manière particulière, comme en l'exprimant avec une mie de pain dans la bouche, et c'est seulement dans quelques cas particuliers.

La vue est péniblement affectée par les corps brillants ; l'aspect d'un miroir, d'un

(1) Voy. article *Hydrophobie*.

verre, d'un corps métallique, suffit pour causer aux malades une grande anxiété et un sentiment d'effroi ; une vive lumière n'est pas supportée. *Les autres sens* ne sont pas moins troublés : ainsi un bruit subit et inattendu occasionne des convulsions. Le contact des corps métalliques, un simple courant d'air, l'agitation que produit une personne en passant auprès du lit, suffisent pour produire le même effet.

Il y a en même temps une grande *exaltation* chez les malades ; ils sont animés, ont la parole brusque, les idées incohérentes ; un grand nombre ont du *délire* et des *hallucinations*. Chez quelques-uns le délire est furieux, et ce sont ceux-là qui mordent ou qui cherchent à mordre ; mais cela n'a lieu que dans la minorité des cas, contrairement aux idées vulgaires ; il est au contraire un certain nombre de sujets qui sont extrêmement affectueux et qui parlent sans cesse avec attendrissement ; en un mot, le délire est très variable. Chez certains hommes on a vu se déclarer le *satyriasis*, et chez certaines femmes la *nymphomanie*.

Vers le deuxième ou le troisième jour de la maladie, la *constriction pharyngienne* devient plus forte, et alors on voit se produire ces phénomènes d'*expulsion convulsive*, qui donnent une physionomie si particulière à la maladie. A chaque instant les malades, comme s'ils sentaient un obstacle dans le pharynx, rejettent par des efforts violents, une *salive*, une *bave* écumeuse qu'ils envoient quelquefois fort loin ; c'est ce qu'on a appelé la *bave rabique*. Ce n'est que dans le délire que les malades cherchent à cracher sur les personnes qui les entourent.

D'après quelques auteurs, on trouve à la face inférieure de la langue quelques *vésicules* auxquelles on a donné le nom de *lysses*. Suivant M. Magistel (1), elles ont la forme et la grosseur d'une lentille et une couleur d'un blanc brunâtre. M. Marchetti les a vues apparaître du troisième au neuvième jour. Les autres médecins qui ont observé soit sur l'homme, soit sur les animaux, n'ont rien vu de semblable, en sorte que l'existence de cette lésion est très douteuse.

A cette époque, la respiration s'embarrasse de plus en plus ; il y a une constriction pénible et douloureuse dans l'épigastre et dans la poitrine ; plusieurs malades ont du *hoquet*, tous une *soif* très vive, l'*appétit* complètement perdu, de la *constipation* ; le regard est fixe et hagard, les pupilles sont dilatées ; c'est alors surtout que surviennent les *accès convulsifs* auxquels on a donné le nom d'*accès rabiques*.

*Accès rabique.* — A des intervalles plus ou moins éloignés, soit spontanément, soit sous l'influence des causes énumérées plus haut (vue d'un liquide, courant d'air, bruit subit, etc.), un *tremblement* parcourt tout le corps ; les muscles des membres, du tronc et de la face sont agités de *mouvements saccadés* ; quelquefois les convulsions sont semblables à celles du tétanos, et quelquefois aussi les malades acquièrent une force extraordinaire et brisent les liens avec lesquels on a dû les attacher. Ces accès sont courts et vont toujours en se rapprochant jusqu'à la fin de la maladie.

Enfin tous les symptômes vont en augmentant ; l'*oppression* devient extrême ; le *pouls* est petit, serré et fréquent, et le malade succombe sans agonie par simple *asphyxie*, et dans un moment de calme, à peu près comme dans les cas d'*asphyxie de la glotte*.

(1) *Mémoire sur l'hydrophobie.* (2)

## § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est rapide et toujours croissante, les accès seulement plus ou moins forts chez les divers individus. La durée des symptômes, auxquels on a donné le nom de *prodromes*, est de deux ou trois jours ; celle de la maladie confirmée est de deux à quatre jours. La terminaison a lieu constamment par la mort.

## § V. — Lésions anatomiques.

Malgré toutes les recherches que l'on a pu faire, on n'a trouvé aucune lésion anatomique propre à cette affection ; un peu de congestion des centres nerveux, due à l'asphyxie, l'emphysème des poumons, la rougeur des muqueuses, la stase du sang dans les vaisseaux, quelquefois un peu de gonflement des papilles de la base du pharynx et du larynx, telles sont les seules lésions signalées, lésions qui nous apprennent rien sur la nature de la maladie.

## § VI. — Diagnostic, pronostic.

Ce n'est qu'avec l'*hydrophobie non rabique* qu'on pourrait confondre la rage. Mais ne reviendrons pas ici sur ce diagnostic (1).

## § VII. — Traitement.

Ce que nous avons dit de la terminaison constamment funeste de la rage confirmée nous dispense nécessairement d'entrer dans de grands développements relativement au traitement curatif : il n'en est pas de même du traitement préservatif, qui, dans l'état actuel de la science, a seul une importance réelle.

1° *Traitement curatif.* — Pour combattre la rage déclarée, on a mis en usage une multitude de médicaments, parmi lesquels nous citerons les émissions sanguines abondantes, les narcotiques, les antispasmodiques, les mercuriaux, l'arsenic, le nitrate d'argent, l'ammoniaque, etc., etc. Ces médicaments ont été administrés à des doses souvent énormes, mais il n'est pas un fait qui prouve qu'ils aient eu une action réelle dans un cas de rage bien évident. Il en a été de même de l'acide prussique, des cantharides, de l'électricité, des émétiques, et même de la morsure de la vipère. Dans ces dernières années, on a tenté des injections dans les veines, soit d'eau pure à la température de 30 degrés centigrades, et à la dose de 7 à 800 grammes dans l'espace de dix ou douze minutes (Magendie) ; soit d'eau chargée de substances médicamenteuses, telles que l'opium, le camphre et le musc ; mais tous ont complètement échoué.

Roquet-d'Héricourt a présenté à l'Académie de médecine (2) une racine qu'il a trouvée à l'Abysinie, et par laquelle on traite l'hydrophobie dans ce pays. Elle a des effets éméto-cathartiques. Ce moyen, avant été récemment essayé,

1.

La multitude des remèdes populaires employés contre la rage n'a rien de concluant en leur faveur. C'est donc à l'expérimentation à découvrir un curatif de cette maladie, si la chose est possible.

2° *Traitement préservatif.* — La première indication, c'est de s'opposer à la pénétration du virus dans l'économie. Il importe, par conséquent, de le faire le plus tôt possible. Pour cela, les deux principaux moyens sont la cautérisation et l'amputation; mais, si l'on n'avait pas sous la main immédiatement tout ce qui est nécessaire pour pratiquer la cautérisation, on devrait, en attendant, faire couler le sang par la pression, par la succion, ou à l'aide d'une ventouse, et laver fréquemment la plaie dans toute sa profondeur.

Si la morsure a été faite sur une partie de faible volume, comme les doigts, si elle est considérable, on ne doit pas hésiter à pratiquer l'amputation. Les médecins ont proposé même l'amputation des membres dans les cas de morsures profondes; mais on s'accorde généralement à donner l'avantage à la cautérisation, qui, si elle est bien faite, remplit le même but, et ne met pas en danger la vie des malades.

*Cautérisation.* — De tous les modes de cautérisation, celui qu'on pratique avec le fer rouge est préféré : il faut la faire assez profonde pour que tous les points par lesquels la bave a pu pénétrer soient fortement atteints.

Les autres caustiques mis en usage sont : le chlorure d'antimoine, la potasse caustique, le caustique de Vienne, le nitrate acide de mercure, les acides, le vinaigre.

Vingt-trois individus ayant été mordus par une louve enragée, M. le Dr Chabanon (1) cautérisa les plaies avec l'acide sulfurique concentré. Chez ces blessés, aucun phénomène de rage ne se manifesta, si ce n'est chez un atteint de nombreuses blessures à la face, et chez lequel la cautérisation ne put être complète.

Avant d'appliquer le fer rouge ou le caustique, on fait saigner la plaie, on nettoie, et, si l'on ne peut faire pénétrer assez profondément l'agent caustique, on pratique le débridement. Dans le cas où la plaie serait cicatrisée en toute partie, lorsqu'on apprend que l'animal est malade, il ne faut pas hésiter à la débrider et à la cautériser, comme il vient d'être dit. Dans les deux cas, après la cautérisation, il est bon d'entretenir la suppuration pendant assez longtemps.

Les médecins qui ont regardé les vésicules de la langue comme les signes de la rage ont recommandé de les cautériser; mais nous savons que ces lésions n'ont pas été retrouvées par les autres observateurs.

Rien ne peut remplacer les moyens que nous venons d'indiquer; c'est pourquoi nous n'insisterons ni sur la ligature des membres, ni sur les vésicatoires, les scarifications, les cautères, ni sur les remèdes internes comme les mercuriaux, les acides, la sabine, etc., qui n'ont plus de valeur que comme moyens préservatifs ou comme moyens curatifs.

Quant aux nombreux procédés qui ont été proposés, nous ne les mentionnerons que pour en faire connaître l'existence. M. Bouche a fait éclorre dans ces derniers temps un rapport à l'Académie de médecine sur quelques-uns de ces procédés, et a conclu qu'ils n'ont aucune valeur.

(1) Bulletin de l'Académie de médecine.

(2) Ibid., p. 6.

appartenant à l'enfance de la pharmacologie, qui toutes ont été publiées, et tombées dans l'oubli, et qui n'inspirent de la confiance que parce qu'on loie mystérieusement. »

Médecin ajoute : « Si dans quelques cas ces remèdes ont pu être utiles en le moral des *croyants*, ils ont été nuisibles la plupart du temps, en retardant en empêchant l'usage de moyens rationnels. »

## ARTICLE VII.

### MALADIES CHARBONNEUSES.

peut appeler *maladies charbonneuses*, des maladies qui se développent d'em- r épidémie chez les animaux, et secondairement par voie de contagion omme, de nature virulente inflammatoire, gangréneuse, caractérisées par mptômes généraux, tantôt primitifs, tantôt consécutifs, d'intoxication de mie, et localement par le développement de vésicules et d'œdèmes, bientôt agnés de plaques gangréneuses.

sion. — Avec Chabert(1) on a distingué trois formes de maladies charbon- des animaux ; on les désigne, d'après leur ordre de fréquence, sous les uivants :

*fièvre charbonneuse*, ou charbon interne, maladie de sang, sang de rate.

*charbon symptomatique*, ou charbon externe consécutif.

*charbon essentiel* ou *idiopathique*, ou charbon externe primitif.

cette division peut s'appliquer à l'homme dans les termes suivants :

1<sup>re</sup> *pustule maligne* (charbon idiopathique ou externe primitif, auquel il faut joindre l'*œdème charbonneux*).

2<sup>e</sup> *fièvre charbonneuse* et le *charbon symptomatique* (charbon malin spontané, consécutif).

La première de ces formes est la plus commune ; la seconde est très rare.]

## ARTICLE VIII.

### MALADIES CHARBONNEUSES CHEZ L'HOMME.

#### PUSTULE MALIGNE ET OÈDÈME CHARBONNEUX.

Nous ferons parallèlement ressortir les caractères communs et distinctifs de ces espèces d'un même genre.

~~La~~ **Définition, synonymie, fréquence.**

*La pustule maligne* est une maladie virulente inflammatoire, gangrénée d'abord par l'apparition sur la peau, sans autre

*culaires*, la *diarrhée*, les *nausées*, la *fièvre* avec ses frissons et ses retours irréguliers; les *sueurs* alternant avec la sécheresse de la peau, le teint jaune terreuse, l'amaigrissement, l'épuisement, l'insomnie et tous les signes d'une *cachexie* profonde. »

Dans un nombre de cas qui, suivant M. Tardieu (page 103), peut être considérable, on peut ne voir, pendant toute la durée de la maladie, que les symptômes du farcin, et cependant on trouve à l'autopsie des lésions des fosses nasales qui prouvent que la morve est venue s'y joindre.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la morve chronique est lente et continue; la *durée* est de plusieurs mois; et même quand la maladie ne s'accompagne pas de farcin, elle peut se prolonger plusieurs années (cinq ou six ans). La *terminaison* est la mort. Il n'existe qu'un seul cas peu concluant qui pourrait faire admettre la possibilité de la guérison; il est dû au docteur Elliotson. La mort survient ordinairement avec lenteur et dans le marasme; dans quelques cas, seulement, l'affection se transforme en morve aiguë promptement mortelle (Vigla, Tardieu).

#### § V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* principales sont le gonflement, l'épaississement considérable de la pituitaire; sa couleur violacée; des abcès sous-muqueux; des ulcérations profondes, quelquefois détruisant les cartilages et les os, et perforant la cloison: des ulcérations semblables à la voûte palatine, à la base de la langue, dans le pharynx, dans le larynx, dans la trachée et même dans les bronches. Dans ces derniers points, les ulcérations sont ordinairement très étendues. On trouve aussi dans la trachée des cicatrices irrégulières, bridées, déformant l'organe; quelquefois on voit les ganglions bronchiques gonflés et suppurés. Des ecchymoses et des points purulents peuvent se montrer dans les poumons. Enfin, dans la morve farcineuse on voit dans différentes parties du corps, sous la peau, dans les muscles, dans les ganglions, des abcès qui existent souvent avec carie et nécrose des os.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Nous ne connaissons guère que la *syphilis constitutionnelle* qui puisse être confondue avec la morve chronique. La forme des ulcérations à bords taillés à pic, la promptitude avec laquelle les os du nez sont détruits, la nature phagédénique des ulcérations pharyngiennes, la fétidité de l'écoulement purulent dans la syphilis, sont les principaux points sur lesquels s'établira le diagnostic, si d'autres circonstances, comme l'existence des syphilides et les renseignements venant à faire défaut.

Ce que nous avons dit plus haut de la terminaison suffit pour montrer combien le pronostic est grave.



§ VII. — *Traitement.*

Le mauvais résultat des moyens employés inspire peu de confiance ; c'est pour-  
oi nous nous bornerons à dire qu'on a conseillé l'iode, l'iodure de potassium, le  
mercure, les eaux sulfureuses, les toniques ; la *cautérisation des ulcères*, les *injec-  
tions iodées* ou toniques dans les abcès ; l'injection de la *créosote* dans les fosses  
nasales (2 gouttes pour 2 grammes d'eau), et par-dessus tout de bonnes conditions  
hygiéniques.

*Extrait d'aconit.* — M. Decaisne rapporte (1) dans les *Archives de médecine  
vétérinaire*, deux faits qui établissent l'utilité de l'extrait d'aconit administré à dose suc-  
cessivement croissante de 5 à 75 centigrammes dans les cas de farcin chro-  
nique.

« On pourrait répéter utilement ces expériences sur des chevaux farcinés en  
employant la racine fraîche d'aconit. »

M. Hamoir (2) cite également deux observations dans lesquelles ce médicament  
amené rapidement la guérison. C'est donc un moyen qu'il sera bon de soumettre  
à de nouvelles expériences et d'appliquer à la morve chronique.

Il est à peine nécessaire d'indiquer les précautions *prophylactiques*. Les princi-  
ples sont de ne pas toucher les chevaux morveux ou farcineux avec les doigts  
orchés, et de ne pas coucher dans leurs écuries.

## ARTICLE IV.

## FARCIN AIGU.

Cette affection, due à la même cause que la morve aiguë, n'en diffère que par  
l'absence des lésions des fosses nasales. Dans un seul cas, M. A. Tardieu a vu un  
ger suintement par les narines.

On a cité (Hertwick, Lorin) quelques cas de *terminaison heureuse* du farcin  
aigu ; mais d'après les auteurs qui se sont occupés spécialement de cette affec-  
tion, ces faits ne présentent pas une assez grande certitude sous le rapport du  
diagnostic.

Le *traitement* ne diffère pas de celui de la morve aiguë, et, selon toutes les ap-  
parences, ne produit pas de meilleurs résultats.

## ARTICLE V.

## FARCIN CHRONIQUE.

Ce qui fait différer le farcin chronique de la morve chronique qui se produit  
subitement, c'est, dans quelques cas, un *début* assez rapide, et une fièvre assez forte  
à l'apparition du premier abcès ; la production de *tumeurs* douloureuses prompte-  
ment fluctuantes dans la majorité des cas, quelquefois se résorbant ou disparaissant  
pour se porter vers d'autres points ; la cicatrisation des abcès, suivie, au bout  
d'un temps plus ou moins long, de nouvelles tumeurs ; l'absence des lésions des

(1) *Union médicale*, 25 novembre 1852.

(2) *Archives de méd. milit. belge*, et *Union médicale*, 10 février 1853.

*La communication de la pustule maligne ne peut s'opérer chez l'homme par la ingestion des viandes provenant d'animaux malades. — Et cela, quand même ceux qui dépècent ces animaux pourraient être atteints de la pustule maligne. Cependant les observations à ce sujet ne sont pas assez formelles pour ne pas conseiller de conserver, avant de résoudre définitivement cette question, toutes les mesures de prudence aux comités d'hygiène publique.*

Toutes les parties des animaux atteints de pustule maligne sont capables de donner naissance à la pustule maligne chez l'homme. Tous les liquides physiologiques ou pathologiques, les substances étrangères aux animaux, mais qui sont imprégnées de leurs émanations (comme les vêtements d'une personne en rapport avec les dépouilles des animaux, comme les bois, les pierres voisines des berges) peuvent être des agents de transmission.

Les insectes, les mouches, et surtout certaine espèce de mouche, qui porte en elle le virus inoculé, ne sont donc pas, par leurs piqures, la cause contagieuse de la pustule maligne.

Aucun insecte ne sécrète le virus charbonneux. Les pattes et la trompe des mouches en sont les moyens de transport les plus communs. Ces mouches se reposent donc sur des cadavres charbonneux. De là résulte l'obligation d'enlever profondément les animaux morts du charbon.

*La peau seule peut être le siège de la pustule maligne. —* Cependant M. J. Bergeois, d'Étampes (1), pense que le virus peut être absorbé par les muqueuses conjonctivales et labiales, mais elles ne sont pas aptes à l'évolution de la pustule maligne elle-même, elles le sont seulement au développement de l'œdème malin.

*La contagion aérienne est-elle possible pour l'homme comme pour les animaux? —* Rien ne le prouve jusqu'ici. L'œdème malin qui se développe sous la pustule, ferait croire moins à une inoculation directe qu'à une contagion à distance, mais l'opinion générale est celle-ci. Dans tous les cas obscurs de leur étiologie, il est toujours permis de penser que le mode d'inoculation a échappé.

*On peut avoir plusieurs fois la pustule maligne, sans nier toutefois l'immunité constante de certains ouvriers vieillissants impunément au milieu de la contagion.*

*La pustule maligne produite par l'inoculation de la vraie peste de la vache protège-t-elle de la fièvre jaune, de la peste orientale et de la fièvre typhoïde? —* Telle est la question à résoudre, posée par une société savante d'Allemagne.

### § III. — Symptômes.

*Symptômes locaux. —* Une tache signale le début, elle échappe au malade, et plus encore au médecin. Elle ressemble à une piqure de puce, d'où le nom de *puce maligne*; elle s'élève peu au-dessus du niveau de la peau, sa couleur est violacée, une démangeaison constante l'accompagne.

Ensuite paraît presque toujours une *vésicule*, qui est le plus souvent déchirée par les ongles du malade sollicité par une démangeaison très vive. Elle est déprimée, un peu ombiliquée; son volume est celui d'une demi-graine de chènevis.

(1) *Traité de la pustule maligne et de l'œdème malin*. Paris, 1864.

tard son desséchement s'applique sur la surface de l'eschare, et formera autour d'elle-ci une zone épidermique. La vésicule repose sur un fond rouge. Elle est l'origine originelle de la pustule maligne; cependant celle-ci débute quelquefois comme une *popule*, un *tubercule*. C'est un bouton plein, gros comme la moitié d'un pois; il est rose ou rouge sombre; il se gangrène vite et s'enfonce; le tubercule est rare. Une seule fois M. Bourgeois a vu la vésicule initiale avec son liquide grisâtre remplacée par une *bulle*, bulle tendue, d'un jaune ambré.

L'*eschare* se développe bientôt sous la vésicule desséchée; elle est le caractère principal de la maladie; sa couleur est jaune, puis brune, puis noire; elle est dure et sous le bistouri dont la pointe la gratte. Sa forme est arrondie ou à peine elliptique; ordinairement lisse, elle est mince aux bords; sa largeur varie de quelques millimètres et 2 ou 3 centimètres. Quelquefois il survient des *eschares secondaires*; celles-ci sont dues à la mortification des téguments voisins, sous l'influence de plusieurs vésicules; elles sont minces et molles.

Le *cercle vésiculaire*, une fois l'eschare formée, se groupe autour de celle-ci et s'étend plus ou moins régulièrement. Une deuxième couronne de vésicules se développe quand la première a été envahie par l'eschare. Ces vésicules sont quelquefois sur un seul rang, quelquefois sur deux ou trois; les plus excentriques sont les plus volumineuses, tantôt isolées, tantôt confluentes, rarement disposées en un cercle unique; leur volume varie entre celui d'un grain de millet et celui d'un pois. On compare généralement la disposition relative du chaton et du cercle vésiculaire à un *chaton de bague entouré de petites perles*; il est rare que le cercle soit tout à fait, ou même qu'il soit incomplet.

Le nom de *tumeur charbonneuse* a été donné par M. J. Bourgeois (1) à la tumeur dure, circonscrite, qui est surmontée par le bouton malin: c'est dans ce cas que le virus subit une sorte de concentration, d'élaboration avant de passer dans le torrent circulatoire. L'époque de son développement varie du premier au troisième jour. L'eschare qui la surmonte est en général déprimée, parce que les vésicules qui la forment sont mortifiées et ne peuvent plus se distendre. Cette tumeur est peu douloureuse, elle dépasse l'eschare et son cercle vésiculeux de 3 à 4 centimètres; elle est bosselée et quelquefois couverte de bulles. Sa face externe est placée, l'interne pénètre dans les chairs à 2 ou 3 centimètres; elle peut manquer dans les régions peu riches en tissu cellulaire dense.

La *tuméfaction générale* de la région où siège la tumeur charbonneuse comprend la circonférence de cette tumeur; elle est pâle, molle, diffuse, très rapide dans sa marche; sa mollesse du début fait place au troisième jour à une grande rigidité, surtout au centre; à la périphérie, elle est molle et ressemble à l'œdème; elle n'est pas crépitante.

L'*aspect de peau* de chagrin que présentent les parties environnantes est dû à des élévures pleines, répandues dans un rayon d'un décimètre autour de la tumeur.

La *coloration des parties malades* est grise, terne au début; plus tard, elle est rouge sombre, puis violacée. Quelquefois elle prend la teinte érysipélateuse, et

alors elle gagne au loin; cette dernière coloration est en général d'un bon augure.

La *calorification* locale est augmentée au début, diminuée à la fin; quelquefois elle s'élève jusqu'à la sensation de *brûlure*, et coïncide toujours avec une démangeaison ou un prurit *douloureux*. Si la douleur est accusée par le malade, ce n'est pas au début, c'est dans la période de réaction.

Le vulgaire appelle *racines du charbon*, des traînées inflammatoires qui naissent de la tumeur charbonneuse, et s'étendent sous forme de bandes rouges de *lymphangite*, jusqu'aux ganglions eux-mêmes, atteints d'*adénite*. Quelquefois on trouve des cordons de *phlébite* superficielle autour de la pustule.

Les *phénomènes généraux* ne surviennent qu'à la fin de l'évolution des signes locaux, c'est-à-dire quand s'opère un véritable empoisonnement. C'est seulement après quarante-huit heures loin du début que surviennent du malaise général, de la faiblesse, des frissons, de la *fièvre*; le pouls est large, mou, fréquent, et il va jusqu'à 120, 130, puis il manque dans les artères moyennes. Quand les cas sont extrêmes, les hémorrhagies intestinales ne sont pas rares.

Les *troubles digestifs*, médiocres au début. Plus tard, vomissements glaireux, puis bilieux, dont la valeur pronostique est assez grave. La soif est vive, l'appétit nul, la diarrhée très rare, malgré de fréquentes coliques.

La *respiration* se trouble seulement à la fin; elle est anxieuse, l'air expiré est froid comme chez les cholériques; l'asphyxie fait des progrès, le corps est violacé.

L'*appareil musculaire*, respecté au début, est frappé de prostration et de faiblesse qui vont jusqu'à la syncope.

Les *troubles de l'appareil cérébro-spinal et nerveux* sont ceux déjà signalés. On a constaté à tort un délire qui est infiniment rare, le malade meurt en pleine connaissance. La *caloricité* est en général diminuée; à la fin, le corps est couvert d'une sueur glacée.

Des *phénomènes réactionnaires* se manifestent presque toujours pour venir à secours de l'économie en lutte avec l'empoisonnement. Ils se montrent du septième au neuvième jour; ils succèdent à l'algidité; une couleur rouge, phlegmoneuse couvre la région malade, la peau se réchauffe partout. La *réaction* reste quelquefois dans ces limites; ailleurs elle déterminera des adénites, des collections purulentes dans les régions voisines du mal, des inflammations gangréneuses qui dissèquent les muscles au loin et bouffissent le tissu cellulaire d'infiltrations gazeuses.

Le *nombre des pustules pouvant exister simultanément* varie; la règle, c'est l'existence d'une tumeur unique.

Le *siège* de ces pustules n'est pas indifférent à leurs caractères:

Au *cuir chevelu*, le gonflement est peu considérable; les accidents cérébraux sont plus redoutables.

La *face* est le *siège de prédilection*, parce qu'elle est exposée sans abri à tous les contacts et pourvue d'une peau mince et très vasculaire. Au front, cette tumeur est plus petite qu'au reste du visage et plus intense qu'au cuir chevelu.

Aux *paupières*, le mal prend des proportions exceptionnelles: les doigts qui se portent souvent, les insectes ailés qui s'y posent de préférence, expliquent la fréquence du mal dans ce point; nulle part la pustule n'amène une déformation aus-

terrible de la région. En général, les téguments des paupières sont perdus, l'œil demeure le plus souvent intact. *Sur le nez*, elle détermine des pertes de substance qui mettent les cartilages à nu. *Sur les lèvres*, on n'a jamais vu la muqueuse se donner naissance. En *avant du cou*, la tuméfaction comprime les organes profonds d'où naissent des accidents graves de compression. Le vide cervical se comble. La tête est comme implantée directement sur les épaules.

M. Bourgeois n'a jamais vu la pustule *sur les organes génitaux de l'homme*. Il n'en a vu même pour la face plantaire et palmaire du pied et de la main, sans doute à cause de l'épaisseur de la peau.

#### § IV. — Variétés.

L'œdème malin ou charbonneux a été signalé par M. Bourgeois, le premier. **843.** *C'est une forme de charbon de cause externe*, d'abord désigné sous le nom d'œdème malin ou charbonneux des paupières, à cause de son apparence, de son siège et de son siège. Depuis, ce mal a été observé dans d'autres régions, et l'on a retranché de son nom. Il ne diffère de la pustule charbonneuse que dans les premiers temps de son existence : au bout de quelques jours, ces deux formes du mal se confondent et n'ont plus rien qui les différencie, au moins quant à la période de l'intoxication, car pour les phénomènes locaux, ils varient suivant les régions. Aux paupières, après les premières phases, ils sont tout à fait identiques avec ceux de la pustule. Sur les autres parties du corps, où l'on a signalé son apparition, le tégument est mou, indolent et a toutes les formes de celui déterminé par le charbon malin ; mais on ne rencontre guère que des vésicules plus ou moins grosses groupées irrégulièrement sur le point de la tuméfaction par où celle-ci a débouté. Elles peuvent-elles faire défaut. La dureté de l'enflure n'est jamais considérable au centre, et enfin on n'y a jamais observé jusqu'à présent d'eschare véritable.

Quant aux symptômes généraux, ils ne diffèrent en rien de ceux de la pustule maligne, si ce n'est qu'ils marchent souvent avec plus de rapidité et qu'ils sont ordinairement plus formidables.

Les variétés qu'il affecte dépendent des régions. Aux paupières, il présente une démangeaison vive, une tuméfaction œdémateuse, pâle, transparente ; en vingt-huit heures, aux deux paupières, on observe des élevures, des vésicules d'un rougeur sombre, puis ardoisée. Bientôt la tumeur a gagné la paupière primitive respectée, et son volume est celui d'un œuf coupé en deux avec une ligne qui la divise à son milieu. Enfin des eschares se forment, et dès lors on ne peut plus distinguer l'œdème du charbon. Il en est de même pour les symptômes généraux. Sa gravité est considérable, parce qu'on ne peut l'attaquer que fort tard et qu'on ne le reconnaît au début. Dans les premiers jours, elle peut cependant guérir.

A la différence de la pustule maligne, l'œdème débute quelquefois par les muqueuses, comme la langue, les gencives, pour de là s'étendre à la peau voisine. Tous les cas développés dans la région sous-maxillaire se sont terminés par la mort, de même pour ceux de la région manulaire.

Il ne faut pas considérer comme des variétés essentielles des formes de la pustule maligne les différences de siège ou d'apparence ci-dessus signalées. La forme de l'eschare ne justifie pas la division en proéminente et non proéminente.



On a établi des variétés d'après la malignité et la quantité du virus vraisemblablement absorbé, suivant que la pustule maligne était ou non inoculable aux animaux, suivant que le virus a été absorbé par des couches plus ou moins profondes de la peau.

M. J. Bourgeois n'admet, comme Chaussier et Énaux, qu'une seule espèce essentielle de pustule charbonneuse. Il faut donc admettre l'unicité virulente de cette maladie.

#### § V. — Marche, durée, terminaison.

*Marche.* — Il résulte de l'exposition de ces faits qu'il faut admettre, avec M. Bourgeois, deux périodes à la maladie : une période dite d'*incubation* ou d'*élaboration* locale du virus, et une période d'*empoisonnement*. Énaux et Chaussier ont divisé à tort les phases de la maladie en quatre périodes arbitraires. Resterait à ajouter la période d'incubation.

Le virus étant déposé sur la peau, il se passe trois jours sans phénomène visible. Après ce délai, naissance de la *tache rouge*, d'où le nom de *puce maligne*. Cette tache est éphémère ; après douze ou quinze heures elle se change en *vésicule* accompagnée de démangeaison ; celle-ci disparaît quand la vésicule crevée fait place à une surface dure, brune, qui est l'*eschare*. Au bout d'un jour, apparition d'un *cercle vésiculaire* autour de l'*eschare* ; après vingt-quatre ou quarante-huit nouvelles heures, apparition de la *tumeur charbonneuse*, puis formation d'un *œdème* périphérique ; altération de couleur qui peut faire comparer la peau à la peau de *crapaud* ; apparition des traînées d'angioleucite dites *racines du charbon*. Il faut en somme, le plus souvent quatre à neuf jours pour que ces phénomènes mortels externes se bornent ou se développent jusqu'à la mort.

L'empoisonnement général et les symptômes généraux qui l'accusent ne se montrent guère avant vingt-quatre ou trente-six heures, à partir du développement de la vésicule. Voilà pour les cas les plus rapides ; pour les autres, ce n'est qu'au bout de plusieurs jours, c'est-à-dire de quarante-huit à soixante heures après la naissance du bouton. Alors seulement le malade est forcé de s'aliter. Pendant ces jours, fièvre et faiblesse, troubles digestifs légers ; après ce temps, manifestation des désordres généraux les plus graves. Quelquefois les symptômes locaux s'accroissent ; il semble, comme dit le vulgaire, que le mal soit rentré. Enfin, du quatrième au neuvième jour, anxiété, orthopnée, refroidissement général, pouls petit et, après quelques heures de cet état, *mort brusque* sans agonie.

La *terminaison* la plus commune n'est pas la mort ; dans la moitié, les deux tiers des cas, la guérison arrive par le retour de la tumeur à une coloration rose clair, et l'amendement des symptômes généraux.

La *durée* est variable ; en moyenne, la mort arrive du cinquième au huitième jour, quand le cas est mortel. Ceux qui ne dureraient que vingt-quatre ou quarante-huit heures n'existent que dans l'imagination des malades ou des témoins étrangers à la médecine. Dans les cas sérieux qui doivent guérir, le mal s'arrête au septième jour seulement, et c'est au neuvième qu'il rétrograde franchement.



## § VI. — Diagnostic, pronostic.

Un retard de quelques heures peut entraîner la mort, ou des difformités déplorables pour le malade, ou le discrédit le plus éclatant pour le médecin.

Le diagnostic est difficile, surtout à son début, quand le bouton primitif n'est encore qu'à l'état de tache ou de petite vésicule, et surtout s'il commence par un cercle, par une bulle, quand l'eschare centrale vient à manquer; ou bien encore dans les cas où la pustule débute par une sorte de petite tache jaunâtre, sans vésicule, siégeant au milieu d'une tuméfaction pâle, semi-transparente, comme on l'observe quelquefois aux paupières.

Aux différents âges de son évolution, elle peut principalement être confondue avec les tumeurs inflammatoires ou œdémateuses de toutes sortes, quand surtout celles-ci sont accompagnées de quelques points gangréneux, avec des gonflements de diverses natures, des pustules folliculeuses cutanées; on l'a même vue survenir pendant la convalescence d'une variole, être prise pour une pustule variolique secondaire.

Quelle que soit la maladie qui laisse dans le doute, il semble qu'il sera le plus souvent permis d'en sortir en tenant compte des conditions propres à la pustule, et signalées. La cause spécifique, les épizooties coïncidentes, l'absence de symptômes généraux au début, la vésicule, l'eschare, la tumeur avec sa teinte de peau crapaud, le cercle vésiculeux séparant l'eschare de la tumeur, l'absence de douleur et le siège de la lésion sur les parties découvertes, sont autant de caractères qui tireront heureusement d'embarras dans un grand nombre de cas.

Toutefois, si le doute subsiste, il sera bon de pratiquer d'emblée les cautérisations indiquées par l'épaisseur du tégument malade, et par la délicatesse des téguments voisins.

Nous examinerons successivement :

le charbon malin *symptomatique*, le charbon pestilentiel, l'anthrax ou charbon in ou furonculaire, l'anthrax, le furoncle; l'érysipèle simple, phlegmoneux; œdémateux, bulleux, gangréneux; la gangrène de la bouche, les piqûres d'insectes venimeux, l'œdème bénin des paupières.

On voit, cependant, si l'on envisage d'une manière générale le cachet de ce genre d'affections, qu'elles offrent presque toutes des caractères distinctifs de la pustule maligne; à l'exception de la piqûre des insectes et de l'œdème bénin, elles se développent au milieu d'un trouble de l'économie qui les a précédées ou accompagnées quand elles n'en sont pas l'effet direct. Toutes se développent à titre de symptômes; la maladie véritable les a précédées depuis quelques jours. Or, c'est le contraire pour la pustule maligne : elle précède l'empoisonnement général; elle ne se traduit pas. Elle est à elle seule la maladie et non le symptôme. Donc, sans faire l'histoire détaillée de chacune de ces affections, nous la présenterons au préalable avec la description de la pustule maligne, de l'œdème malin, dans les tableaux suivants, qui testeraient pour compléter le diagnostic de la pustule maligne :

Les pustules de morve ou farcin aigu, que l'on reconnaîtra en remontant aux précédents, en constatant l'existence de symptômes généraux longtemps avant l'apparition des boutons gangréneux.

Les *pustules d'ecthyma*, distinguées aisément du charbon par leur surface molle, la vive douleur qu'elles donnent, le pus qu'elles contiennent, l'absence d'aréole vésiculaire et le développement simultané, sinon antérieur, des symptômes généraux. Sans parler de l'*acné*, reconnue par l'expulsion du contenu du follicule; des vésicules d'*herpès*, si bénignes et développées comme phénomènes critiques de *zona*, presque toujours accompagnées de névralgie; des *morsures de la vipère*, distinguées par sa double piqûre de la peau, par la rapidité de l'enflure, qui, des extrémités, arrive en quelques heures jusqu'au tronc.

### TABEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

#### 1<sup>re</sup> SECTION. — *Charbon malin symptomatique, ou anthrax malin.*

##### PUSTULE MALIGNE.

**Causes.** — Externe, contact; terrains secs, inoculation locale.

**Prodromes.** — Absence de fièvre; elle n'est qu'une conséquence des phénomènes locaux.

**Nature.** — Elle est une cause d'intoxication, si la pustule n'est pas détruite.

**Symptômes particuliers.** — La tumeur est très peu douloureuse ou ne l'est pas du tout.

**Cercle vésiculeux** très régulier entourant l'eschare.

**Coïncidences.** — Épizooties de fièvres charbonneuses; pas de maladies marécageuses sur les habitants.

##### PUSTULE MALIGNE.

Aucune épidémie en vigueur.

La pustule est le symptôme initial.

Unique en général.

Vésicules et bulles sur la peau voisine de la pustule.

Indolence locale.

Eschare étroite.

**Nature.** — Point de départ d'une intoxication générale.

Se développe quelquefois sur les régions couvertes de poils.

##### PUSTULE MALIGNE.

Tumeur indolente, brune au centre, rouge sombre à la périphérie.

Vésicule au centre et pas de pus.

Primitivement étranger à l'économie, d'où absence de réaction fébrile.

Absence de suppuration, si ce n'est quelquefois dans la période ultime de réaction.

Absence de bourbillon, mais large mortification cellulaire dans la forme gangréneuse.

##### ANTHRAX MALIN SYMPTOMATIQUE.

**Cause.** — Interne; marécages, intoxication générale.

**Prodromes.** — Une fièvre particulière, dont il n'est qu'une sorte de crise.

**Nature.** — Il est un effet de l'intoxication, si elle n'est pas combattue à temps.

**Symptômes particuliers.** — La tumeur est extrêmement douloureuse.

**Cercle vésiculeux** absent.

**Coïncidences.** — Accidents marécageux divers sur les habitants; pas d'épizootie.

##### ANTHRAX OU CHARBON PESTILENTIEL.

Peste régnant dans la contrée.

Le charbon ne se déclare qu'après quelques jours de maladie.

Multiples.

Ni vésicules ni bulles.

Douleur vive de la tumeur.

Eschare acquérant rapidement la largeur de la paume de la main.

**Nature.** — Conséquence d'un empoisonnement général.

Ne se développe jamais sur les régions couvertes de poils abondants.

##### ANTHRAX OU CHARBON BÉNIN OU FURONCLEUX.

Tumeur excessivement douloureuse, grosse et rouge vif.

Absence de vésicules au centre, mais bouton plein de pus ordinairement.

Annonce une dépuration de l'économie, d'où signes d'embarras gastriques coïncidents et fièvre vive.

Formation de plusieurs orifices par où s'échappe une goutte de pus.

Issue spontanée ou artificielle d'un bourbillon par les orifices multiples réunis en un seul.

Perte de substance aussi large que profonde n'ayant jamais la forme d'une cavité, avec médiocre tendance à la réparation, sans la moindre trace de pus.

Gangrène et eschare primitive et centrale de la peau sous la vésicule.

PUSTULE MALIGNÉ.

*Siège.* — Sur les parties découvertes du corps, jamais sur la région spinale, toujours là où la finesse de la peau est notable.

*Pouls.* — De l'adynamie.

PUSTULE MALIGNÉ.

Nombre unique ordinairement.

*Prodromes.* — Nuls; aucune maladie n'a précédé.

*Siège.* — Mains, visage, parties découvertes.

*Causes.* — Externe; profession exposant au contact des animaux ou de leurs dépouilles.

*Forme.* — Convexe, déprimée au sommet, aplatie.

Pas de suintement ichoreux.

Absence de bourbillon.

Douleur nulle, seulement démangeaison et cuisson.

Absence de pus.

La ponction ne donne pas de pus.

Vésicules en couronne.

Fréquence moindre.

*En cas de doute.* — Caustique pour les deux cas avec ménagement.

PUSTULE MALIGNÉ.

*Prodromes.* — Aucuns symptômes généraux.

*Adénite* quelquefois à la fin.

*Tumeur* dès le début.

*Rougeur* circonscrite en aréole.

*Maximum* d'intensité des symptômes locaux toujours au centre.

Cavité laissée par la sortie du bourbillon, profonde, devenant la source d'une suppuration abondante brunâtre avec tendance à réparation.

Gangrène consécutive à la sortie du bourbillon et périphérique, développée sur les bords de la cavité formée par l'issue du bourbillon.

ANTHRAX.

*Siège.* — Sur les régions couvertes, le plus souvent sur la région spinale. Toujours là où l'épaisseur de la peau est le plus considérable.

*Pouls.* — De la réaction franchement inflammatoire.

FURONCLES OU CLOUS.

Nombre unique rare, plusieurs en même temps ou successivement pendant des mois et même des années.

Malaises internes ou maladie cutanée (gale, dartre) ont précédé.

*Siègent* plus volontiers sur la région fessière, et périnéo-anale.

*Causes.* — Internes; ils sont quelquefois la conséquence d'une sorte de dépuration de l'économie. La profession n'a rien de spécial.

*Forme.* — Conique, acuminée.

*Suintement* d'un ichor purulent brunâtre par un pertuis unique au sommet.

Bourbillon unique.

Douleur lancinante pulsative.

Très fréquemment précédés d'une pustule d'ecthyma.

La ponction à l'aide d'une épingle au sommet de la tumeur, introduite par un mouvement de rotation et de va-et-vient, donne une gouttelette de matière purulente par la pression.

Absence de couronne de vésicules.

*Proportion.* — Sur huit boutons graves à juger, à peine un cas de pustule maligne. Le furoncle est très fréquent.

ÉRYSIPÈLE SIMPLE, PHLEGMONEUX OU OEDÉMATEUX.

*Prodromes.* — Phénomènes généraux très intenses pendant un ou deux jours.

*Adénite* avant la rougeur.

Pas de *tumeur*. Tuméfaction générale plus tard.

*Rougeur* diffuse.

Le maximum d'intensité des symptômes, d'abord central, s'étend en rayonnant à la périphérie pendant que la rougeur s'éteint au centre, qui se desquame.

Limites du mal diffuses.

*Gonflement* énorme, quelquefois dur, comme lardacé au centre, mou, tremblotant à mesure qu'on s'en éloigne.

*Rougeur* bleuâtre autour de l'eschare.

#### PUSTULE MALIGNÉ ET OEDÈME CHARBONNEUX.

*Tuméfaction* rapidement accompagnée d'eschares, relief de formation énorme.

*Prodromes.* — Aucun.

*Limites* diffuses.

*Tempérament* du malade, indifférent.

*Bulles* se groupant autour du point où a débuté l'enflure.

#### PUSTULE MALIGNÉ.

*Eschares.*

*Emphysème.* — N'appartient pas à la pustule.

*Marche.* — Évolution successive, et connue à l'avance de diverses formes de lésions cutanées.

#### PUSTULE MALIGNÉ ET OEDÈME CHARBONNEUX.

*Eschare* dure, criant sous la pointe de l'instrument.

*Cercle aréolaire* de vésicules.

*Marche de l'eschare* de la peau et des parties superficielles vers les profondes. Rapidité.

*Début.* — Par la langue qui s'œdématie, et les gencives sur les parties antérieures.

*Aucune* altération des os.

*Terminaison.* — Asphyxie causée par la tuméfaction.

#### PUSTULE MALIGNÉ.

*Antécédents.* — Pas de piqure ou blessure avec un corps aigu avoisinant les animaux ou leurs dépouilles.

Pas de *corps étranger* visible dans la plaie.

*Vésicule* au sommet de la tumeur.

Eschare et cercle vésiculaire.

#### OEDÈME CHARBONNEUX DES PAUPIÈRES.

*Cause* généralement inconnue ou supposée : profession, épizootie, larmes essuyées avec des doigts maculés de virus.

*Volume.* — Progressif, monstrueux.

Eschare, vésicules.

Les *bords* de la rougeur et du gonflement en cartes géographiques, tranchés, n'ont pas de saillies.

*Gonflement* bien moindre, consistant en une rougeur uniforme dans toute son étendue.

*Rougeur* plus claire, plus franche.

#### ÉRYSIPÈLE OEDÉMATÉUX BULLEUX.

*Tuméfaction* pâle, indolente, sans relief médiocre.

*Prodromes.* — Accidents généraux précédant l'œdème.

*Limites.* — Comme celles de l'érysipèle, à bords tranchés.

*Tempérament* lymphatique, sujets lymphatiques.

*Bulles* se déplaçant comme l'érysipèle, quittant comme lui leur siège primitif.

#### ÉRYSIPÈLE GANGRÉNEUX.

*Eschares* bien plus larges, plus nombreuses.

*Emphysème.* — Tissu cellulaire infiltré de gaz putride.

*Marche* de l'érysipèle en général, à-dire prodrome et fièvre avant les manifestations gangréneuses.

#### STOMACACE GANGRÉNEUSE.

*Eschare* molle plus étendue, putride, fétide.

*Cercle aréolaire* absent.

*Marche* de la muqueuse de la bouche vers la surface cutanée. Lenteur relative.

*Début.* — Par les bords maxillaires et les parties latérales.

*Altération* des maxillaires nécrosés, des dents.

*Mort* au milieu de la cachexie.

#### PIQURES D'INSECTES OU D'ANIMAUX VÉNÉREUX.

*Piqure* d'insecte, comme cousin, moustique, guêpe, abeille, etc.

*Aiguillon* de l'insecte visible à l'œil nu ou à la loupe.

*Tubercule* blanc, au centre duquel se voit la trace de la piqure ou l'aiguillon.

Tous deux absents.

#### OEDÈME BÉNIN DES PAUPIÈRES.

Quelquefois difficile à connaître : par exemple, dentaire, coup d'air ; blépharite, conjonctivites chroniques ; insectes.

*Volume.* — Stationnaire, médiocre.

Ni eschare, ni vésicule.

**Pronostic.** — Avec M. Bourgeois (1), nous ne partageons pas l'opinion du vulgaire, qui juge avec quelques médecins que cette maladie, abandonnée à elle-même, est toujours mortelle. La preuve en est, pour eux, dans l'inefficacité de certaines méthodes thérapeutiques uniquement employées. Mais ces insuccès ne sont-ils pas dus à ce que l'on n'a fait que des applications caustiques dans certains cas où l'indication générale existait déjà ?

Il est vraisemblable que la gravité de la pustule maligne varie d'une contrée à l'autre, que l'énergie du virus diffère d'une épizootie à l'autre. Cependant la mortalité de la pustule est réelle, et le tiers des cas est mortel. Chez les animaux, le charbon est toujours mortel.

La gravité est moindre si le traitement est opposé dans la première période. L'intoxication n'a pas commencé, si la tumeur est d'un rouge clair, si elle est bien limitée, douloureuse, diminuée, entourée de traînées d'angioleucite ; si, enfin, le pouls est fort et large, et cela quand on se trouve vers le septième jour de l'apparition du bouton, surtout si le sujet est jeune et fort.

La gravité est extrême dans les circonstances suivantes : la tumeur siège au cou, la peau voisine est pâle ou violacée, l'intoxication s'annonce de bonne heure, les troubles digestifs sont extrêmes, la respiration est haletante, la peau est couverte de taches froides, le pouls est petit.

Dans ces cas, le malade est désespéré, bien que l'on ait vu une réaction tardive survenir quelquefois le malade.

Mais par-dessus tout on songera que la malignité doit préparer à des revers aussi bien qu'à des succès inattendus.

## § VII. — Lésions anatomiques.

**Anatomie pathologique.** — L'aspect général du cadavre est celui que l'on trouve dans les empoisonnements en général. L'examen du siège du mal présente une tumeur qui n'a subi aucun travail d'élimination, homogène le plus souvent, quelquefois composée de couches stratifiées. Macérée dans l'eau, elle perd sa couleur rouge, due à du sang infiltré ; elle redevient semblable à la peau saine, mais plus ferme. Le tissu de la tumeur est ferme comme du squirrhe et crie sous le scalpel. La muqueuse digestive, et surtout celle de l'estomac, est infiltrée de sérosité et de sang qui la soulèvent en forme de mamelons, quelquefois gangrenés, et que l'on a désignés à tort dans le gros intestin sous le nom de *pustules malignes intestinales*. Ce sont en effet de simples tumeurs sanguines. Tous les organes ont l'apparence qu'ils offrent dans les intoxications. Le sang semble avoir perdu une partie de sa fibrine pendant que la matière colorante s'est accrue.

L'examen microscopique a révélé à M. Brauell, de Dorpat, et à M. Ch. Robin, l'existence dans le sang d'un plus grand nombre de globules chyleux ; les globules rouges sont déformés, les blancs sont plus gros ; on y remarque la présence de bâtonnets immobiles d'abord peu de temps avant et après la mort : c'est dans le sang de la rate qu'ils sont le plus nombreux. Du troisième au quatrième jour après la mort, ces bâtonnets deviennent agités de mouvements très vifs et se transfor-

(1) *Traité de la pustule maligne et de l'œdème malin.*

ment en vibrions. Ces bâtonnets se rencontrent dans le sang de tous les morts du charbon. L'inoculation du sang du cheval charbonneux donne bon, sans que ce liquide offre encore de bâtonnets; ceux-ci ne seraient donc virus ni son support.

### § VIII. — Traitement.

La marche de la maladie, qui procède par périodes d'incubation, d'et d'intoxication, indique la marche du traitement; il doit être local tout. Aussi on peut dire qu'il n'existe qu'un traitement efficace contre l'affection : la destruction la plus prompte possible du virus charbonneux au point où il a été inoculé.

Il faudra donc poser immédiatement les limites du mal, quand bien même il faudrait les tracer à quelques millimètres au delà du point où elles se seraient formées d'elles-mêmes.

Parmi les moyens de destruction du virus, le *cautère actuel* ou les *caustiques* doivent être préférés.

Toutefois le cautère actuel est inférieur aux caustiques sous le rapport de l'épaisseur des eschares qu'il produit; mais, mieux que ces derniers, il permet de varier à volonté la forme et l'étendue de la cautérisation. Il réveille ou excite la vitalité des tissus et y développe une réaction inflammatoire des plus utiles, à l'élimination de l'eschare.

Parmi les caustiques, ceux qui sont liquides ou déliquescents ont l'inconvénient de fuser et de produire des eschares dont on ne peut régler ni la largeur, ni la profondeur; ils offrent en outre le désavantage de ne donner lieu à aucune réaction autour de leur eschare.

Le mélange de chaux et de potasse caustique, en poudre ou solidifié, présente pas le premier de ces inconvénients, mais il conserve le second (1).

Des caustiques solides non déliquescents, l'azotate d'argent est le moins efficace, le moins sûr (2).

Le *deutochlorure de mercure* est au contraire celui qui agit le plus promptement et qui se rapproche le plus du cautère actuel par la réaction phlegmoneuse qu'il provoque dans les parties voisines de l'eschare. Loin de mériter l'indifférence dont il a été l'objet, il est un des meilleurs moyens de cautérisation que l'on puisse employer.

La cautérisation, quel que soit l'agent préféré, doit être renouvelée lorsqu'elle a été insuffisante. Les signes de cette insuffisance sont quelquefois trompeurs; les signes qui caractérisent la réussite de la cautérisation peuvent manquer ou être peu prononcés ou difficiles à saisir.

Pour déterminer la conduite à tenir en ce sens et savoir s'il faut continuer ou s'abstenir, il faut se persuader que si la tuméfaction et les symptômes d'intoxication continuent à augmenter, on ne doit pas, sous prétexte d'avoir détruit le virus qui a échappé à la cautérisation, produire d'énormes eschares qui n'auraient d'autre résultat que d'aggraver l'état local, sans jamais compromettre les tissus imprégnés et sans détruire le virus déjà absorbé.

(1) Raimbert, *loc. cit.*, p. 386.

(2) Salmon, *Comptes rendus de l'Associat. méd. d'Eure-et-Loir*, n° 53.



extirpation et les scarifications doivent être bannies, comme méthodes exclusives du traitement de la pustule maligne; elles ne sont utiles qu'à titre de moyens préparatoires destinés à ouvrir la voie aux caustiques.

Le traitement par les émissions sanguines locales est au moins inutile. Il est dangereux quand l'économie a commencé à ressentir la funeste influence du virus charbonneux.

Les différents topiques, inertes ou simplement irritants, astringents, fût-ce avec les feuilles de noyer, ou les caustiques faibles, doivent être proscrits du traitement de la pustule maligne. Leur prétendue efficacité tient à l'inactivité accidentelle du virus charbonneux, à des circonstances particulières ou individuelles, à des erreurs de diagnostic.

Pour le traitement général des maladies charbonneuses, il se compose d'évacuants, de toniques et de stimulants, bien rarement d'émissions sanguines, à moins d'indications positives. La méthode des évacuants rentre elle-même sous cette dernière.

Ces choses sont les bases du traitement général. Il est nécessaire d'ajouter les détails du meilleur procédé.

Les vésicules, qu'elles soient primitives ou secondaires, seront ouvertes, et l'on en évacuera le liquide. S'il existe déjà une eschare, ce qui est le plus ordinaire, on ouvrira crucialement et profondément, puis on excisera complètement les lambeaux avec une portion du tissu cellulaire sous-cutané; on évitera d'aller jusqu'au fond pour ne pas provoquer une trop grande effusion de sang. S'il s'en écoule, on soignera avec soin, parce qu'il nuit à l'action du caustique en se combinant avec lui. Si l'effusion du sang est trop abondante, on introduira dans la plaie de la charbon de l'agaric imbibés de perchlorure de fer; et l'on appliquera le caustique seulement quand la surface de la plaie sera sèche.

Le caustique devra toujours être appliqué de manière que la cautérisation qui suit comprenne, outre l'eschare, toute l'aréole vésiculaire, et même, quand l'eschare est mal circonscrite, 15 millimètres au delà; plus la cautérisation sera étendue de la limite de l'induration qui entoure l'eschare, plus le succès sera assuré.

En profondeur, la cautérisation devra s'étendre à toute l'épaisseur de la peau et pénétrer aussi profondément que possible dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané. L'épaisseur du caustique sera disposée en conséquence.

Le perchlorure est un des meilleurs caustiques à employer; nous insisterons sur son usage, renvoyant aux traités de thérapeutique pour le beurre d'antimoine, l'acide caustique, le caustique de Vienne et de Filhos, et pour le cautère

de la Beauce, le sublimé est surtout employé à l'exclusion des autres caustiques (1).

Après les préliminaires d'incision cruciale et d'excision de ses angles, on remplira le godet qui résulte de cette opération. Le sublimé ne sera pas employé en poudre, mais concassé, puis on recouvrira le tout d'un emplâtre. Il est aussi de recouvrir de sublimé pulvérisé grossièrement toute l'aréole vésiculaire

dont les phlyctènes ont été largement déchirées, et même d'en dépasser les limites. Pour empêcher cette poudre de glisser et d'exercer son action sur les parties que l'on veut atteindre, on en déterminera d'avance l'étendue en appliquant sur la peau un morceau de sparadrap percé d'un trou à son centre. Ce trou sera égal à l'étendue qu'on veut donner à l'eschare produite par la cautérisation. L'épaisseur de la couche de poudre de sublimé est proportionnée à la profondeur qu'on veut donner à la mortification curative. Puis un autre morceau de la même sparadrap, recouvert d'un peu d'onguent Canet ou autre, pour mieux fixer la poudre, sera appliqué au-dessus du tout. Enfin, une compresse couvrant la totalité de la toile de sparadrap, une bande fixe complètera le pansement.

Au bout de vingt-quatre heures la cautérisation est achevée. Elle pénètre généralement à 1 centimètre de profondeur, et le sublimé en excès se retrouve dans l'eschare. Notons que sur les parties recouvertes de leur épiderme l'action du sublimé est bien moins profonde; elle ne dépasse guère 2 ou 3 millimètres; aussi, après l'application du sublimé, faut-il, comme on l'a dit déjà, ouvrir avec soin toutes les vésicules.

Faut-il ajouter, pour compléter l'appréciation que nous avons faite du sublimé, que les guérisseurs l'emploient à titre de remède secret en faisant un onguent avec du sublimé, de colcothar et de sublimé. De même le sublimé combiné avec du minium et quelquefois mêlé à de l'orpiment est aussi un caustique dit secret.

Puis viennent les *soins consécutifs*. Quand on a lieu de croire la cautérisation suffisante, il est d'usage, dans le but de hâter la résolution de l'engorgement, de faire sur les parties tuméfiées des fomentations stimulantes, et de panser les plaies avec des onguents ou pommades qui excitent la suppuration et rendent la guérison plus rapide.

Lorsque le virus infiltré plus ou moins loin n'a pu être compris en totalité dans l'eschare, elles sont impuissantes à en arrêter la marche. C'est alors qu'il faut recourir à l'usage de quelque peu dans le secours des excitants et des toniques généraux; en effet alors de combattre l'intoxication déjà commencée. Dans ce cas, au lieu d'adjuvants, on préconise encore les résolutifs.

La *médication* générale s'appuie sur les émissions sanguines, qu'il faut faire de côté; sur les purgatifs, dont on fait peu de cas, et sur les *toniques* et les *lents*. Sans accorder à ces derniers médicaments plus de confiance qu'ils n'en méritent, c'est en eux cependant qu'il faut mettre son espérance lorsque l'engorgement est sous l'influence septique du virus charbonneux, quelle que soit la voie par laquelle il ait pénétré. Ils soutiennent les forces anéanties, relèvent le pouls et raniment la chaleur éteinte; le quinquina, le vin, les infusions aromatiques, le thé, le café, la menthe, etc., avec un peu d'eau-de-vie ou d'acétate d'ammoniac peuvent être préférés tant que les fonctions digestives conservées en permettent l'usage.

*Hygiène publique et prophylaxie.* — Puisque le virus charbonneux se trouve chez les animaux domestiques, c'est leur santé qu'il faut soigner en arrêtant le virus à sa source.

On modifiera l'alimentation, la stabulation. Les bestiaux morts ou abattus pour cause de maladie charbonneuse seront enterrés, chair et ossements, dans des fosses de 3 mètres de profondeur; les peaux seront tailladées à l'effet d'éviter la contagion par leur emploi.

Les personnes qui auront été en rapport avec les animaux malades devront avoir recours aux lotions alcalines, et surtout à un mélange d'eau et de chlorure de soude.

Enfin on évitera les lieux habités ou récemment abandonnés par les animaux atteints d'affections charbonneuses.

### § IX. — Nature de la maladie.

La pustule maligne est une affection toute spécifique de nature essentiellement septique et gangréneuse, occasionnée par un *virus* connu sous le nom de *charbon-néux*. Celui-ci détermine d'abord des altérations locales qui précèdent l'absorption ; que suivent bientôt des phénomènes d'intoxication.

Jamais le pus ne se développe dans le point où le virus a été déposé ; le nom de *pustule* est donc bien impropre. La pustule maligne mérite le nom de *charbon externe*, par opposition à celui de *charbon interne*, où la tumeur maligne succède à l'empoisonnement, au lieu de le précéder.

Le virus charbonneux, non plus que les autres, n'a pu être isolé, seulement on le suppose ; il a beaucoup d'analogie, par ses effets, avec ceux du venin de quelques animaux. Il en diffère parce qu'il a besoin, comme la vaccine, la variole et le syphilis, d'une période éruptive où s'élabore l'empoisonnement général.]

## CHAPITRE III.

### EMPOISONNEMENTS PAR LES SUBSTANCES ANIMALES PUTRIDES.

#### ARTICLE I<sup>er</sup>.

#### EMPOISONNEMENT PAR LES MATIÈRES PUTRIDES INGÉRÉES DANS L'ESTOMAC.

Cet empoisonnement se produit surtout par l'usage de *viandes de charcuterie*, c'est principalement en Allemagne qu'on l'a observé (Kerner).

*Signes de l'empoisonnement.* — Nausées, vomissements, selles fétides ; vue double, pupilles dilatées, vertiges ; prostration, aphonie, palpitations, syncopes.

*Traitement.* — Vomitifs, purgatifs ; boissons éthérées, aromatiques. Dans le cas d'inflammation évidente, antiphlogistiques.

#### ARTICLE II.

#### EMPOISONNEMENT PAR LES MATIÈRES PUTRIDES INOCULÉES.

Dans l'article consacré à la *phlébite* et à l'*infection purulente* (1), nous avons indiqué les symptômes de cet empoisonnement et le traitement qui lui convient.

(1) Tome III, page 341.

## CHAPITRE IV.

## EMPOISONNEMENTS PAR LES SUBSTANCES VÉGÉTALES.

ARTICLE I<sup>er</sup>.

## EMPOISONNEMENT PAR LA BELLADONE, LE DATURA STRAMONIUM, LA JUSQUIAME, LE TABAC, ETC.

Ces empoisonnements ressemblent plus ou moins à l'empoisonnement par l'opium.

Dans l'empoisonnement par la belladone, les pupilles sont largement dilatées; dans l'empoisonnement par le datura, il y a des hallucinations, de la léthargie; dans celui que produit la jusquiame, les vertiges sont remarquables, et le tableau donne lieu à un état de défaillance extrême.

*Traitement.* — 1° Evacuer le plus complètement possible l'appareil digestif.

2° Administrer la solution d'iodure de potassium iodurée (1), en favorisant le vomissement.

3° Emissions sanguines, et si la réaction est considérable, boissons tempérantes, bains.

## ARTICLE II.

## EMPOISONNEMENT PAR L'OPIUM ET LES SELS DE MORPHINE.

Nous ne parlerons pas ici du simple narcotisme, qui est le premier degré de l'empoisonnement.

*Signes de l'empoisonnement.* — Nausées, vomissements; soif, bouche sèche; constipation; urines diminuées, parfois supprimées; assoupissement, yeux rouges, immobiles. Dans l'empoisonnement par la morphine, resserrement des pupilles; membres dans la résolution; respiration stertoreuse; parfois roideur et convulsions; pouls tantôt lent, large et dur, tantôt petit et fréquent; peau froide, sueurs, coma, symptômes d'asphyxie. Dans l'empoisonnement par la morphine, outre les symptômes précédents, démangeaisons plus ou moins vives par tout le corps.

*Traitement.* — M. Bouchardat le résume ainsi qu'il suit :

« 1° Il faut vider l'estomac, comme nous l'avons indiqué plus haut avec détail par les émétiques, par les éméto-cathartiques, et s'il y a lieu, par la sonde œsophagienne.

» 2° On prescrira ensuite la solution d'iodure de potassium iodurée. En voici la formule :

℥ Iodure de potassium....	4	gram.	Eau.....	1000	gram.
Iode.....	0,30	gram.			

A prendre par demi-verrées.

(1) Voy. l'article suivant, *Empoisonnement par l'opium.*

• 3° On combattra le narcotisme par le *café* à haute dose ; ce n'est pas un contre-poison, mais c'est un remède excellent de la maladie morphique.... Si l'on veut réussir, il faut le prescrire abondamment, *sans sucre*, ou, *très peu sucré* et *légèrement alcoolisé*.... Voici la recette que j'adopte :

¼ Café torréfié et pilé..... 50 gram.

Obtenez par lixiviation :

Café liquide..... 500 gram.

Ajoutez :

Eau-de-vie..... 20 gram.

A prendre à quatre ou cinq minutes d'intervalle.

• On peut également administrer le *café sous forme de lavements*. »

Dans un cas d'empoisonnement par le laudanum chez un enfant, M. Kirk (1) parvint à le rappeler à la vie au moyen de la *galvanisation* continuée pendant quatre heures, en laissant des intervalles de plus en plus longs après chaque excitation ; un des conducteurs fut appliqué sur l'épigastre et l'autre porté au fond de la gorge le plus profondément possible. Un fait à peu près semblable a été publié par M. Bird Herapath (2). Ce médecin, tout en employant d'autres moyens, parvint à entretenir artificiellement la respiration pendant plusieurs heures à l'aide d'une batterie galvanique.

### ARTICLE III.

#### EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE CYANHYDRIQUE (*acide prussique*), L'EAU DE LAURIER-CERISE, LE CYANURE DE POTASSIUM.

Lorsque l'acide cyanhydrique est concentré, la mort est presque instantanée ; il n'y a que quelques inspirations brusques et des convulsions. Ce ne peut pas être dans ces cas que le médecin est appelé.

Dans les cas où le poison est faible, on observe ce qui suit :

*Signes de l'empoisonnement.* — Vertiges, gêne de la respiration, bâillements ; bientôt après, perte de connaissance, du mouvement et de la sensibilité. Pupilles dilatées, respiration stertoreuse ; mâchoires serrées, écume sanguinolente à la bouche ; pouls petit, fréquent ; peau froide, coma. Parfois convulsions violentes.

*Traitement.* — Voici le résumé donné par M. Bouchardat (3) :

« 1° Il n'y a pas lieu d'administrer de l'émétique.

« 2° Il faut se hâter de faire prendre le contre-poison, car si la mort doit suivre l'administration du poison, elle ne tarde guère.

» Dans le cas contraire, on peut espérer un bon succès du contre-poison de M. Smith, qu'on peut préparer à l'avance comme il suit, et qui, d'après M. La-

(1) *The Lancet*, janvier 1853.

(2) *The Lancet*, et *Bulletin gén. de therap.*, 15 décembre 1852.

(3) *Loc. cit.*

roque, peut se conserver plusieurs mois, en prenant les précautions suivantes: on mélange des deux sulfates de fer, on ajoute une dissolution de sucre, on précipite ensuite par du carbonate de soude, et l'on conserve dans des vases pleins et bien fermés.

℥ Sucre.....	60 gram.	Eau.....	250 gram.
Sulfate ferreux.....	55 gram.	Carbonate de soude cristallisé.	260 gram.
Sulfate ferrique.....	98 gram.		

» Le *chlore*, employé concurremment avec le contre-poison du docteur Smith, peut rendre de très utiles services.

» 3° Lorsque la vie paraît suspendue, on peut pratiquer sur la colonne vertébrale d'abondantes *affusions d'eau froide*.

» J'ai constaté, ainsi que M. Louyet, l'efficacité de ce moyen indiqué par le docteur Robinson, »

#### ARTICLE IV.

##### EMPOISONNEMENT PAR LA NOIX VOMIQUE, LA STRYCHNINE, LA BRUCINE.

*Signes de l'empoisonnement.* — Les principaux sont: le tremblement, les secousses convulsives, la courbure du tronc en arrière, le trismus, la constriction de la poitrine, la gêne de la respiration; les douleurs de ventre, les envies de vomir; les signes de l'asphyxie; l'injection et la fixité des yeux.

La marche des accidents est surtout remarquable: ils se produisent par accès de plus en plus rapprochés; ils sont violents, et séparés par des intervalles dans lesquels le malade est dans un état de calme souvent complet.

*Traitement* — Nous l'empruntons encore à M. Bouchardat (1):

» 1° Il convient, dans ces empoisonnements, de *provoquer* le plus sûrement et le plus promptement possible des *vomissements abondants*: de l'eau fortement salée, de l'*émétique*, voilà des agents que l'on devra employer de préférence.

» 2° On prescrira en même temps de l'eau iodurée (2). Il faudra donner un excès de contre-poison, car j'ai prouvé que l'iodure d'iodhydrate de strychnine quoique complètement insoluble dans l'eau acidulée, empoisonnait.

» 3° Pour combattre les accidents tétaniques déterminés par l'absorption de la strychnine ou des poisons strychniques, nous manquons encore de bonnes données cliniques. Il est cependant quelques principes sur lesquels on peut insister, sans courir le risque de se tromper...

» Dans les empoisonnements strychniques, il faut *entretenir la respiration à tout prix*, par des *inspirations d'air* ou d'*oxygène*, par des *pressions et des expansions alternatives des parois du thorax*.

» On pourrait encore faire prendre, soit sous forme de lavements, soit par l'estomac, si les vomissements étaient interrompus, l'agent calmant dont l'action est la plus sûre et la plus prompte pour combattre la rigidité tétanique: l'*opium*.

(1) *Loc. cit.*

(2) Voyez page 643.



» J'administrerais donc sans hésiter *trente ou quarante gouttes de laudanum de Sydenham, dissous dans cinquante grammes d'eau*, et j'en surveillerais l'effet. »

Sur 20 chiens soumis à l'intoxication par la strychnine, M. Bardel (1) en a guéri 16 par le moyen suivant :

1° Chlore liquide, 5 grammes ; eau distillée, 250 grammes, administré en une seule fois.

2° Dix minutes après : tartre stibié, 0,05 gram., dans six à huit cuillerées d'eau tiède.

3° Après le premier vomissement, revenir à la première dose de chlore.

4° Dix minutes après, répéter la dose de tartre stibié ; après ce vomitif, lait coupé d'eau, pour provoquer le plus possible les vomissements.

Le *Journal médical de Boston* (2) rapporte un fait d'empoisonnement par la strychnine, qui céda aux *inspirations de chloroforme* continuées pendant quelques heures, mais non jusqu'à produire l'anesthésie.

## ARTICLE V.

### EMPOISONNEMENT PAR LE CAMPHRE.

*Signes de l'empoisonnement.* — Vertiges, mouvements involontaires, prostration, somnolence, stupeur ; affaiblissement des sens, et surtout de la vue.

*Traitement.* — Vomitifs ; frictions stimulantes ; opium ; toniques et stimulants suivant l'école italienne.

M. Aran a employé avec succès dans un cas, le café, les excitants et les affusions d'eau froide.

## ARTICLE VI.

### EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS.

*Signes de l'empoisonnement.* — Quelques heures après l'ingestion, douleurs épigastriques, soif vive, nausées, vomissements, coliques, tranchées violentes ; selles nombreuses ; froid des extrémités, sueur froide, crampes. Stupeur, abattement, convulsions, délire ; pouls petit, misérable ; coma.

*Traitement.* — Purgatifs ; éther sulfurique, sel commun, alcool, noix de galle. On a aussi vanté les acides végétaux ; mais avant l'évacuation du poison, ils sont nuisibles, comme l'a démontré Orfila.

Les *émollients*, les *bains*, les *rubéfiants* aux extrémités complètent le traitement.

## ARTICLE VII.

### DE L'ALCOOLISME.

[L'alcoolisme n'est pas une maladie ; c'est un état d'intoxication spéciale qui engendre et entretient une foule d'états morbides différents. Cependant on peut

(1) *Lettre à M. Dumas* (*Union méd.*, 18 septembre 1852).

(2) *Union médicale*, 25 novembre 1852.

dire que décrire les causes et les modes si variés d'invasion des maladies, c'est faire plus pour notre art que de constater les phénomènes morbides et les lésions anatomiques sans remonter à leur véritable origine. La médecine a tout à gagner à l'agrandissement du rôle de la physiologie pathologique et de la pathogénie; elle est ainsi conduite à l'étude de la prophylaxie et de l'hygiène. C'est par là que la médecine entrera définitivement en possession d'une influence que la société ne lui reconnaît encore qu'incomplètement. Le jour où l'enseignement médical sera basé sur l'étude des troubles fonctionnels apportés dans l'organisme humain par le milieu, par le régime, par l'exercice des professions insalubres, par les excès et la mauvaise direction de la vie, la confusion qui existe encore aujourd'hui entre la nature des maladies et les lésions anatomiques sera bien près de finir. On comprendra que le plus souvent les maladies sont effet; qu'une même cause peut, suivant des conditions différentes de milieu, suivant son mode d'action lent ou rapide, suivant les idiosyncrasies, engendrer des maladies différentes, quant à leur siège et à leur apparence physique, mais au fond identiques quant à leur origine et à leur signification. L'étude de l'alcoolisme nous offre un des exemples les plus instructifs de cette manière de comprendre la médecine.

### § I. — Historique.

La question qui nous occupe n'a été l'objet de travaux importants que depuis un nombre peu considérable d'années. Le développement des sociétés industrielles modernes a amené, avec un plus grand bien-être, une plus funeste tendance des populations ouvrières à dépenser une partie de leur salaire à se procurer les boissons alcooliques et à en faire abus. Ces excès ont été principalement observés dans les villes du nord de l'Europe et de l'Amérique, tant à cause des conditions de climat, plus favorables à la tolérance des spiritueux et à leur usage légitime, qu'à cause de la localisation, pour ainsi dire, de l'industrie dans ces contrées, tandis que la sobriété et l'indolence semblent appartenir plutôt aux races humaines plus rapprochées des tropiques. Aussi faut-il rechercher les travaux sur cette matière surtout parmi les auteurs anglais, américains et suédois, qui ont été à même d'étudier la question sur une plus grande échelle.

Le mot même d'*alcoolisme* est d'origine étrangère. Parmi les auteurs étrangers auxquels nous ferons des emprunts dans cet article, nous devons citer M.M. Marshall (1), Magnus Huss (2), Carpenter (3), Marcet (4), et parmi les auteurs français, Royer-Collard (5), Rœsch (6), Bouchardat et Sandras (7), Bergeret (8), Morel (9), Duroy, Ludger-Lallemand et Perrin (10).

(1) *Observations on the abuse of spirituous liquors by the European troops in India*, dans *Edinburgh med. and surg. Journal*, 1844.

(2) *Chronische alkoholskumkheit oder alcoolisme chronicus*. Stockholm, 1852.

(3) *The physiology of temperance*. London, 1858.

(4) *On chronic alcoholic intoxication*. London, 1860.

(5) *De l'usage et de l'abus des boissons fermentées*. Paris, 1838.

(6) *De l'abus des boissons spiritueuses*. Paris, 1839.

(7) *De la digestion des boissons alcooliques (Annales de chimie, 1847)*.

(8) *De l'abus des boissons alcooliques*. Lons-le-Saulnier, 1851.

(9) *Traité des dégénérescences physiques intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris, 1837. — *Traité des maladies mentales*. Paris, 1860.

(10) *Du rôle de l'alcool dans l'organisme (Comptes rendus de l'Académie des sciences de Paris, 1859)*.

## § II. — Nature des boissons ingérées.

Le cadre de ce livre ne nous permet pas de traiter la question des boissons, considérées au point de vue de leur composition chimique. Nous renverrons, pour ce sujet, aux monographies qui traitent de la classification des boissons (1). La notion qui domine pour ainsi dire cette question au point de vue médical est la suivante : l'élément toxique par excellence dans les boissons usuelles est l'alcool, et, dans la grande majorité des cas, il sera juste de dire qu'à volume égal, une boisson sera d'autant plus dangereuse, prise en excès, qu'elle contiendra plus d'alcool. Mais il faut assurément tenir compte d'un autre élément, la provenance de l'alcool. « L'alcool, dit M. Chevallier (2), est évidemment identique dans tous les liquides connus sous le nom d'eau-de-vie, rhum, etc., et cependant chacun d'eux est caractérisé par un arôme spécial, par une saveur plus ou moins agréable, lorsque l'alcool provient des jus fermentés et distillés des raisins, des cerises, des cannes à sucre ou de leur mélasse; plus ou moins désagréable au contraire, lorsqu'il résulte de la distillation des liquides fermentés provenant des marcs de raisins, de cidre ou de poiré, des grains, des pommes de terre ou du sucre de fécule, des betteraves ou de leur mélasse. Le premier est désigné sous le nom d'*alcool bon goût*, le second sous celui d'*alcool mauvais goût*. »

Cette distinction des alcools en *bon goût* et *mauvais goût* n'est pas seulement commerciale; elle est aussi physiologique, ainsi que le fait remarquer, dans son excellente thèse, M. V.-A. Racle (3); « car elles s'applique à des variétés plus ou moins facilement tolérées par l'homme. Les bonnes espèces de cognac et le rhum véritable sont facilement supportées; mais les eaux-de-vie de grains, de pomme de terre, etc., sont dangereuses, entraînent une ivresse plus lourde, plus hébétée, et produisent plus promptement de graves lésions organiques. L'*absinthe* est, de l'aveu de tous les observateurs, bien plus dangereuse que l'eau-de-vie. » Plusieurs auteurs ont cru pouvoir attribuer une partie des effets de l'alcoolisme à une huile empyreumatique, ou à une huile éthérée volatile, celle qui donne le bouquet. Des expériences à cet égard ont été entreprises par le docteur Dalthlsteim et par M. Magnus Huss, et ils ont cru pouvoir conclure de leurs expériences que ces substances ajoutent encore aux effets toxiques de l'alcool.

## § III. — Voies et modes d'absorption.

Les expériences physiologiques modernes ont démontré que l'ivresse pouvait être obtenue sans que l'alcool fût ingéré dans la muqueuse digestive ou pulmonaire, et que l'injection directe de l'alcool dans le sang amenait une intoxication rapide; en effet, quelle que soit la voie d'absorption, c'est dans le sang, en définitive que doit se rendre la substance toxique pour entrer au contact des parties

(1) Pelouze et Fremy, *Traité de chimie*. — Tardieu, *Dictionnaire d'hygiène*, in-8. Paris, 1852, t. I, p. 39. — Payen, *Précis de chimie industrielle*, 4<sup>e</sup> édit. Paris, 1859, t. II, p. 353.

(2) *Dictionn. des falsif. des subst. alim.*, 1857, t. I, p. 50.

(3) V.-A. Racle, *De l'alcoolisme*, thèse de concours pour l'agrégation (Paris, 1860). Nous ferons, dans cet article, de nombreux extraits à ce travail.

intimes de l'organisme. Il nous paraît utile de dire quelques mots des principaux modes d'absorption de l'alcool. La peau est une voie d'introduction de l'alcool, et les bains alcoolisés peuvent produire une certaine action qui se rapproche de l'ivresse, mais cette action est faible. C'est au contact des muqueuses surtout que l'absorption se fait rapidement et que l'intoxication se produit.

Nous empruntons, en partie, ce qui suit au travail de M. Racle (*loc. cit.*) sur l'alcoolisme.

*Introduction par les membranes muqueuses.* — Il y a deux voies d'introduction principales des alcooliques par le système muqueux, la muqueuse pulmonaire et la muqueuse digestive.

A. *Muqueuse pulmonaire.* — Orfila a enivré et tué des chiens en leur faisant inspirer de l'air chargé de vapeurs alcooliques. Il n'est pas douteux que, chez l'homme, l'inhalation pulmonaire ne produise les mêmes résultats. C'est ainsi que dans les distilleries et dans tous les établissements où l'on travaille l'alcool, les ouvriers sont exposés à des intoxications accidentelles dues à l'évaporation de ce liquide. Des accidents analogues s'observent chez des personnes qui manient les vernis à l'alcool, ou qui sont seulement exposées à l'évaporation des produits de ce genre (1).

Tout le monde connaît les accidents auxquels sont exposés les gens qui descendent dans des cuves où le raisin est en fermentation. Quelques-uns de ces accidents sont dus à l'acide carbonique, mais il en est d'autres, l'ivresse véritable, qui résultent de l'absorption des vapeurs d'alcool par les poumons.

B. *Muqueuse digestive.* — C'est incontestablement par la surface des premières voies que s'effectue l'entrée la plus habituelle de l'alcool dans l'économie, et, en effet, c'est par cette surface que s'introduisent les aliments, les boissons et les substances médicamenteuses.

Les liquides riches en alcool et ne contenant que peu de principes étrangers sont facilement et rapidement absorbés. La présence des sels retarde l'absorption des liquides alcooliques ; il en est de même des acides, du tannin, des principes muqueux, mucilagineux, des huiles grasses et des matières sucrées : c'est pour ce motif, selon M. Bouchardat, qu'à dose égale, les eaux-de-vie produisent des effets plus rapides que les liqueurs sucrées et que les vins. Selon le même professeur, les différences d'action et de danger des diverses sortes de vins dépendraient beaucoup de la plus ou moins grande quantité de sels ou d'acide qu'ils contiennent. Ainsi, les *petits vins* aigres, consommés en énorme quantité dans certaines localités, seraient moins dangereux que des vins plus généreux, en raison même de leur acidité. Ces acides, unis en quantité convenable à l'alcool, modèrent la rapidité de son absorption et remplissent réellement le rôle d'agents *tempérants*.

La réplétion antérieure ou simultanée de l'estomac par des aliments solides diminue ou ralentit aussi l'entrée des alcooliques ; on sait que l'ivresse survient très facilement à jeun.

Le mélange d'*aliments* et de *liquides gras* agit dans le même sens.

La boisson composée que les Anglais prennent aux Indes, et qu'ils nomment

(1) Les fabriques de vernis sont rangées dans la deuxième classe des établissements insalubres. (*Ordonnance de 1833.*)

*kill devil* (1), est un composé de rhum jeune ou vieux, de sirop, d'œufs et d'eau : la présence de l'*albumine* et du sucre dissimule la violence du rhum ; aussi peut-on en prendre des quantités énormes, sans trop d'inconvénients, bien qu'à la longue des effets particuliers et d'une grande gravité puissent en résulter, et spécialement une déformation des articulations des doigts, nommée usuellement *crab clawed* (Marshall).

Le *mélange de vins* de divers crus ou de diverses couleurs est, selon l'observation générale, favorable à une prompt ivresse.

Il paraît probable que le café et les alcooliques se neutralisent mutuellement ; et c'est peut-être là l'origine de la pratique instinctive dans laquelle on mélange le café et l'eau-de-vie.

D'un autre côté, l'*animation de l'esprit*, une vive conversation, sont de puissants adjuvants de l'intoxication alcoolique.

Enfin, parmi toutes ces influences accessoires, aucune n'a une aussi puissante action que le *froid*. Un homme qui, au sortir de table, n'est que légèrement ému, peut, en s'exposant à une température relativement basse, tomber sans connaissance, ou bien présenter une ivresse convulsive ou furieuse. Faut-il supposer que la suppression brusque de la perspiration d'alcool par les poumons et par la peau est la cause déterminante de ce changement ?

Dans la campagne de Russie, en 1811, personne ne résistait moins que les soldats qui prenaient des liqueurs fortes, sous prétexte de se tonifier ; ils succombaient dans les neiges en proie à une ivresse comateuse. M. A. Tardieu a vu un grand nombre d'exemples d'individus qui, en hiver, sortant des cabarets en état d'ivresse, succombaient inopinément à peu de distance, au milieu des mêmes accidents.

#### § IV. — Conditions de races et de climats.

La tolérance de l'organisme pour l'alcool augmente en raison directe de l'abaissement de température. C'est donc dans les pays les plus éloignés de l'équateur que la consommation de liquide alcoolique est la plus considérable, et c'est dans ces pays que l'excès de boissons alcooliques sera aussi observé. Aussi la plupart des travaux entrepris sur l'alcoolisme proviennent-ils du nord de l'Europe et de l'Amérique ; souvent même ils ont été le résultat d'enquêtes commandées par les gouvernements, pour connaître toute l'étendue des ravages que produisaient ces funestes excès. Dans ces pays, l'usage légitime, utile, a entraîné l'abus ; mais un moindre abus entraîne des conséquences beaucoup plus désastreuses dans les pays chauds, et l'alcool est un agent destructeur plus prompt et plus économique que la poudre, qui a débarrassé les Européens de nombreuses peuplades sauvages, principalement en Amérique.

Nous empruntons à M. V.-A. Racle (*loc. cit.*) la suite de cet article.

*Variations des effets de l'alcool selon les conditions sociales.* — L'abus de l'alcool ne se manifeste pas d'une manière identique dans les différentes classes de la société. Les principaux ouvrages écrits jusqu'à ce jour sur l'alcoolisme ne se sont

(1) H. Marshall, *Edinburgh med. and surg. Journal*, 1837.

occupés que des résultats funestes observés chez des individus appartenant aux classes inférieures ; comme si les classes supérieures ne comptaient pas dans leur sein des hommes intempérants, et, par cela même, exposés à des résultats funestes. Les effets de l'alcoolisme ont moins attiré l'attention des médecins dans la classe riche, parce qu'ils se présentent avec des caractères particuliers.

Les phénomènes de l'alcoolisme aigu ou chronique sont notablement retardés chez les personnes aisées. Une alimentation choisie en atténue les effets, et lorsqu'ils se manifestent, la véritable cause échappe souvent, car l'attention est détournée par toutes les autres causes de maladie, qui pèsent sur la classe riche : les excès de toute nature, les veilles, les voyages, etc.

Il n'en est pas de même chez les classes pauvres. L'appauvrissement préalable de l'économie par les privations, par le mauvais régime, par les fatigues excessives, ouvre une porte à toutes les influences possibles. Or, lorsque l'alcool intervient, il ne trouve pas d'obstacle, il jouit de toute sa plénitude d'action ; et c'est alors qu'on observe tous ces phénomènes si caractéristiques, qui, à aucune époque, n'ont pu échapper à l'observation médicale. L'action alcoolique se divise et se subdivise presque en autant de manifestations qu'il y a d'organes dans l'économie ; car, faute de protection, aucun système organique ne lui oppose de résistance. Ainsi l'alcool exerce sur l'estomac une action topique qui, dans sa progression successive, se manifeste par de la gastrorrhée, de la dyspepsie, de la gastralgie, et qui peut aboutir à l'ulcère simple et au cancer de l'estomac. Dans ce dernier cas, il n'agit sans doute que comme agent localisateur, mais enfin il a eu sa part d'action dans l'évolution d'une diathèse. Il agit ensuite généralement, ainsi que nous le verrons plus loin.

Dans les classes aisées, le cortège des effets topiques manque souvent, parce que les spiritueux sont rarement pris à jeun et toujours combattus par une alimentation réparatrice : mais les phénomènes généraux ne manquent pas, et c'est par la *manie alcoolique* et le *delirium tremens* que l'alcoolisme éclate. D'ailleurs, dans les classes aisées, on a la sage habitude de combattre, dès leur naissance, les moindres accidents qui se produisent vers l'estomac.

### § V. — Pathogénie.

On peut considérer l'alcool comme ayant une triple action pathogénique :

1° Par sa présence actuelle dans l'économie, il détermine des troubles immédiats (ivresse, mort subite).

2° Lorsqu'il aura été usité longtemps ou peu de temps, mais d'une manière immodérée, il aura provoqué des perversions de fonctions, pour l'évolution desquelles sa présence ne sera plus nécessaire (dyspepsie, alcoolisme aigu, *delirium tremens*, alcoolisme chronique).

3° Il aura été le promoteur d'une lésion anatomique, qui pourra continuer son développement propre et l'évolution particulière à son essence, sans que l'alcool soit désormais nécessaire aux progrès de l'affection. Il pourra même être l'agent localisateur d'une lésion dont l'origine était antérieure et appartenait à l'état diathésique du sujet (cancer de l'estomac).

En outre de son action spécifique, l'alcool devrait être considéré comme une



cause commune ; et que, s'il peut produire l'ivresse, il peut aussi être le promoteur d'une cirrhose, d'une néphrite granuleuse, et même d'un cancer de l'estomac. Cette manière de voir diminuerait l'étonnement que l'on éprouve en apprenant que l'on a attribué la maladie de Bright tantôt au froid, tantôt à l'abus des alcooliques.

Voici l'ordre dans lequel nous étudierons les effets de l'alcool :

a. Nous décrirons d'abord ses effets généraux, savoir : *ivresse, mort subite, état physique et fonctionnel dû à l'habitude des boissons alcooliques, alcoolisme aigu, alcoolisme chronique*, et nous rechercherons s'il existe des *lésions anatomiques particulières* à quelques-uns d'entre eux.

b. Démembrant, en quelque sorte, les questions précédentes, nous nous occuperons des lésions produites par l'alcoolisme dans les principaux organes : *affections de l'estomac, du foie, des reins, des organes génitaux, du système vasculaire, des organes des sens, des membres, etc.*

## I<sup>re</sup> SECTION. — EFFETS GÉNÉRAUX DE L'ALCOOL.

### 1<sup>re</sup> IVRESSE.

#### § I. — Définition.

• Dans la première période de l'ivresse, dit Joseph Frank (1), on observe la gaieté, l'absence des soucis, la joie, le sentiment du plaisir et d'un agréable vertige ; des yeux brillants, une figure resplendissante, du bavardage ; la rougeur de la peau, la transpiration augmentée ; la soif avec des efforts fréquents d'uriner, accompagnés de soulagement ; un pouls plein et fort. Mais bientôt le vertige augmente, il y a tintement des oreilles, une vue double, et les idées n'ont plus de liaison et se succèdent les unes aux autres dans le plus grand désordre, sans être soumises à l'empire de la volonté. Alors chacun découvre avec candeur et sincérité, et sans dissimulation, ses mœurs et son caractère, d'où l'adage : « *In vino veritas.* » En effet, l'homme colère s'irrite, frappe et mord ; l'homme passionné soupire, embrasse ; le sot se met à rire, et fatigue de ses présents ceux qui n'en veulent pas ; l'homme triste verse des larmes et parle de la religion et de la mort ; d'autres ont des hallucinations, jusqu'à ce que leurs forces étant épuisées, ils commencent à balbutier ; puis leur face devient pâle, leur crachat tenace ; ils ont des vomissements ; l'office des sphincters est aboli, les membres tremblent, le corps vacille, et la fièvre s'allume. Cette abominable scène se termine par un sommeil profond qui se prolonge souvent pendant vingt-quatre heures et au delà, quelquefois par des convulsions, l'apoplexie ou la mort. »

Il convient de distinguer dans cet état divers degrés, car l'ivresse n'est pas toujours portée à ce point extrême où surviennent l'abrutissement et la mort. On est convenu d'en distinguer trois formes, qui sont fondées sur un fait d'observation très réel ; il y a trois effets successifs dans l'influence alcoolique : surexcitation, perturbation, destruction des fonctions cérébrales.

(1) *Præceps medicæ universæ præcepta*, t. IV, chap. xxiv.

## CHAPITRE IV.

## EMPOISONNEMENTS PAR LES SUBSTANCES VÉGÉTALES.

ARTICLE I<sup>er</sup>.

## EMPOISONNEMENT PAR LA BELLADONE, LE DATURA STRAMONIUM, LA JUSQUIAME, LE TABAC, ETC.

Ces empoisonnements ressemblent plus ou moins à l'empoisonnement par l'opium.

Dans l'empoisonnement par la belladone, les pupilles sont largement dilatées; dans l'empoisonnement par le datura, il y a des hallucinations, de la léthargie; dans celui que produit la jusquiame, les vertiges sont remarquables, et le toxicomane donne lieu à un état de défaillance extrême.

*Traitement.* — 1° *Evacuer le plus complètement possible l'appareil digestif.*  
2° *Administrer la solution d'iodure de potassium iodurée (1), en favorisant le vomissement.*

3° *Emissions sanguines, et si la réaction est considérable, boissons tempérantes, bains.*

## ARTICLE II.

## EMPOISONNEMENT PAR L'OPIUM ET LES SELS DE MORPHINE.

Nous ne parlerons pas ici du simple narcotisme, qui est le premier degré de l'empoisonnement.

*Signes de l'empoisonnement.* — Nausées, vomissements; soif, bouche sèche; constipation; urines diminuées, parfois supprimées; assoupissement, yeux rouges, immobiles. Dans l'empoisonnement par la morphine, resserrement des pupilles; membres dans la résolution; respiration stertoreuse; parfois roideur et convulsions; pouls tantôt lent, large et dur, tantôt petit et fréquent; peau froide, sueurs, coma, symptômes d'asphyxie. Dans l'empoisonnement par la morphine, outre les symptômes précédents, démangeaisons plus ou moins vives par tout le corps.

*Traitement.* — M. Bouchardat le résume ainsi qu'il suit :

1° Il faut vider l'estomac, comme nous l'avons indiqué plus haut avec détail, par les émétiques, par les éméto-cathartiques, et s'il y a lieu, par la sonde œsophagienne.

2° On prescrira ensuite la solution d'iodure de potassium iodurée. En voici la formule :

℥ Iodure de potassium....	4	gram.	Eau.....	1000	gram.
Iode.....	0,30	gram.			

A prendre par demi-verrées.

(1) Voy. l'article suivant, *Empoisonnement par l'opium.*

• 3° On combattra le narcotisme par le *café* à haute dose ; ce n'est pas un contre-poison, mais c'est un remède excellent de la maladie morphique.... Si l'on eut réussi, il faut le prescrire abondamment, *sans sucre*, ou, *très peu sucré* et *égèrement alcoolisé*.... Voici la recette que j'adopte :

☞ Café torréfié et pilé..... 50 gram.

Obtenez par lixiviation :

Café liquide..... 500 gram.

! Ajoutez :

Eau-de-vie..... 20 gram.

! A prendre à quatre ou cinq minutes d'intervalle.

• On peut également administrer le *café sous forme de lavements*. •

Dans un cas d'empoisonnement par le laudanum chez un enfant, M. Kirk (1) parvint à le rappeler à la vie au moyen de la *galvanisation* continuée pendant quatre heures, en laissant des intervalles de plus en plus longs après chaque excitation ; un des conducteurs fut appliqué sur l'épigastre et l'autre porté au fond de la gorge plus profondément possible. Un fait à peu près semblable a été publié par Bird Herapath (2). Ce médecin, tout en employant d'autres moyens, parvint à entretenir artificiellement la respiration pendant plusieurs heures à l'aide d'une batterie galvanique.

### ARTICLE III.

#### EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE CYANHYDRIQUE (*acide prussique*), L'EAU DE LAURIER-CERISE, LE CYANURE DE POTASSIUM.

Lorsque l'acide cyanhydrique est concentré, la mort est presque instantanée ; il n'y a que quelques inspirations brusques et des convulsions. Ce ne peut pas être dans ces cas que le médecin est appelé.

Dans les cas où le poison est faible, on observe ce qui suit :

*Signes de l'empoisonnement.* — Vertiges, gêne de la respiration, bâillements ; bientôt après, perte de connaissance, du mouvement et de la sensibilité. Pupilles dilatées, respiration stertoreuse : mâchoires serrées, écume sanguinolente dans la bouche ; pouls petit, fréquent ; peau froide, coma. Parfois convulsions violentes.

*Traitement.* — Voici le résumé donné par M. Bouchardat (3) :

• 1° Il n'y a pas lieu d'administrer de l'émétique.

• 2° Il faut se hâter de faire prendre le contre-poison, car si la mort doit suivre l'administration du poison, elle ne tarde guère.

• Dans le cas contraire, on peut espérer un bon succès du contre-poison de M. Smith, qu'on peut préparer à l'avance comme il suit, et qui, d'après M. La-

(1) *The Lancet*, janvier 1853.

(2) *The Lancet*, et *Bulletin gén. de therap.*, 15 décembre 1852.

(3) *Loc. cit.*

thérapeutiques eux-mêmes ont leur importance pour le diagnostic. La saignée, les sinapismes, les lavements purgatifs, peuvent rappeler quelque peu de sensibilité et l'on voit alors qu'il n'y a pas de paralysie hémiplegique; la respiration revient plus facile. L'administration d'ammoniac dans une potion rappelle quelquefois assez rapidement l'intelligence; enfin les vomitifs font rejeter un mélange de lait et de boisson à odeur d'alcool.

Une ivresse légère ou moyenne est, en général, abandonnée à elle-même, le repos, quelques soins de sûreté, l'éloignement des boissons que le malade refuse, à son premier réveil, tels sont les seuls moyens, presque négatifs, à mettre en œuvre. Les gens en état d'ivresse, mais qui ont encore conservé assez d'intelligence pour désirer sortir de cet état, soit par honte, soit par tout autre motif, emploient d'avantage la méthode anglaise, qui consiste à plonger les bras et la tête dans de l'eau très froide. — Dans les cas graves, où le malade ne peut pas lui-même se procurer secours, il faut, selon le cas, donner un vomitif, employer la sonde œsophagienne, pratiquer une saignée, employer les sinapismes, les lavements fortement purgatifs, les frictions, les excitants de toute sorte; et, si les malades présentaient un état d'asphyxie, nous ne voyons pas pourquoi on n'essayerait pas les cautérisations avec le fer rouge sur la poitrine, et ensuite sur des points de plus en plus éloignés, comme M. le docteur Faure (1) l'a récemment proposé pour l'asphyxie par l'acide carbonique.

### § III. — Pronostic.

*Mort subite ou rapide.* — « H. Royer-Collard (2), résumant les faits que la science possède sur l'abus des boissons fermentées, conclut que la mort arrive souvent dans l'ivresse même, comme l'atteste une foule d'innombrables exemples. Les dissections que découvre dans ces divers cas l'anatomie pathologique démontrent évidemment que le poison alcoolique a frappé simultanément tous les organes, l'intermédiaire du sang et du système nerveux. Le docteur Ch. Roesch (3) a rendu ces faits hors de doute. »

Ainsi la mort rapide, inattendue, peut être la terrible conséquence des abus alcooliques. L'homme était bien portant, et par une véritable sidération, toutes les forces vives et actives de l'économie se sont suspendues; tous les organes ont été frappés dans leur vitalité, et c'est le sang qui a été le véhicule de la cause de destruction. Que conclure de là? C'est que les fonctions ont été enrayées dans leur source, et non pas dans tel ou tel organe. On a expliqué ces morts rapides par la suspension d'action du cœur, du poumon, des muscles respiratoires; il nous paraît plus naturel de les attribuer à la suppression de la force commune qui dispose aux organes leur puissance d'action. M. Flourens pense que la suspension des fonctions n'a lieu que quand les toxiques ou les anesthésiques ont envahi l'isthme pharyngien : cette observation ne pourrait-elle pas s'appliquer à l'alcool?

(1) *Archives gén. de méd.* Paris, 1836.

(2) *Thèse de concours*, 1838, p. 37.

(3) *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1<sup>re</sup> série, t. XX, p. 277.

Quoi qu'il en soit, il importe de présenter quelques remarques sur les conditions auxquelles cet accident survient.

En premier lieu, la mort subite est rare chez les ivrognes de profession : il semble que l'accoutumance se soit établie, et que même, au milieu des plus grands excès, l'influence nerveuse persiste à un degré suffisant pour l'entretien et la conservation des fonctions organiques. Mais la mort subite est surtout fréquente chez les personnes qui font peu d'excès, et qui un jour se laissent entraîner à boire sans mesure. C'est surtout à l'eau-de-vie que ces funestes événements sont dus ; il a suffi à quelques personnes, pour mourir, de prendre un demi-litre d'eau-de-vie. Les malheureux empoisonnés font encore bonne contenance pendant un certain temps, puis ils tombent comme frappés de la foudre, dans un sommeil comateux ; le stertor, des convulsions se manifestent ; la respiration s'embarrasse, et une odeur sanguinolente s'échappe de la bouche ; évacuations involontaires, et mort dans quelques heures, en une demi-heure, etc.

Il est très important de noter que ce n'est pas toujours la quantité d'alcool qui produit ce résultat funeste ; car telle dose qui, agissant seule, n'eût point amené un tel effet, le détermine quand il se joint à l'abus de la boisson de nouvelles conditions.

Nous avons déjà signalé (page 621) l'action du froid. Et en effet, c'est surtout en hiver, dans les pays tempérés, et en toutes saisons dans les pays froids, que l'on observe des morts subites. Les individus alcoolisés semblent opposer moins de résistance à l'abaissement de la température extérieure. Cette explication nous paraît d'autant plus naturelle que les deux causes concourent au même but. Si le froid modéré est excitant et tonique, un froid exagéré est dépressif ; or, si cette action s'ajoute à celle de l'alcool, qui, à une certaine dose, anéantit évidemment toutes les forces, il est certain que cette action combinée équivaldra à une intoxication plus complète que celle qui existe en effet.

Mais le fait le plus important à consigner ici, parce qu'il a au moins une application, c'est celui de la réunion de l'ivresse et des blessures. Ce fait, dit M. A. Tardieu (1), est important non-seulement au point de vue médico-légal, mais aussi, principalement, sous le rapport de la criminalité de l'action et de l'inculpation qui pèse sur l'auteur des blessures. En effet, « tout ce qui ne dépend pas proprement de la nature de la blessure ne saurait être imputé à son auteur (2). » Or, il résulte de l'étude faite sur ce point intéressant, par M. A. Tardieu, que les coups et blessures reçus par un homme en état d'ivresse, sans être, en aucune façon, capables de produire la mort, en sont assez souvent suivis. Quel est le mécanisme par lequel se produit ce funeste résultat ? Il est survenu une apoplexie pulmonaire ou une apoplexie méningée qu'il est naturel d'attribuer à la lutte violente, à l'émotion, à la colère, et quelquefois à l'influence du froid. L'auteur du mémoire termine par cette conclusion : « Il est permis d'avancer que dans la mort survenue évidemment dans l'état d'ivresse, l'apoplexie pulmonaire et surtout l'apoplexie méningée, sont des lésions, sinon constantes, du moins extrêmement fréquentes et

(1) *Observations médico-légales sur l'état d'ivresse considéré comme complication des blessures et comme cause de mort prompte ou subite (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, t. XL, 1848, p. 390).*

(2) Fodéré, *Traité de médecine légale*, 1813, t. III, p. 264.

presque caractéristiques. » En 1851, nous avons pratiqué nous-même, à la Morgue, l'autopsie judiciaire du corps d'un jeune homme mort dans ces conditions, et sur lequel nous avons trouvé une large hémorrhagie méningée.

*État physique et fonctionnel dû à l'habitude des boissons alcooliques.* — Lorsque l'habitude des boissons existe depuis très longtemps, il se produit un certain nombre de changements importants dans les fonctions et les organes, depuis le simple tremblement jusqu'à une altération du sang. Ce n'est point encore tout fait la maladie, puisque cet état est compatible avec l'accomplissement assez régulier des principales fonctions de l'économie, avec la conscience des actions exécutées, et qu'aux yeux du médecin et du magistrat, la bonne coordination des pensées exclut l'irresponsabilité des actes. Mais c'est un terrible avertissement qui indique la pente fatale sur laquelle on va glisser, si l'on ne fait trêve aux habitudes acquises, pente d'autant plus dangereuse, que la nature même des phénomènes éprouvés engage à de nouveaux excès, qui combattent effectivement la dépression des forces produite par les premiers.

Nous empruntons à Magnus Huss (1) la description qu'il a donnée de cet état, sous le nom de *forme prodromique*, et c'est la première des six formes qu'il admet. Il comporte encore un certain état de santé et la conservation du libre arbitre.

Une personne qui a fait abus d'alcooliques commence à avoir des tremblements des mains, surtout le matin. Au commencement, ces tremblements cessent après l'ingestion de stimulants; plus tard, le tremblement tend à continuer pendant l'après midi. Il peut devenir semblable à une espèce de chorée.

Sentiment particulier de faiblesse dans les bras et les jambes, ou plutôt diminution générale de la tonicité musculaire, surtout le matin. Fourmillements dans les jambes; éblouissements; dilatation des pupilles le matin.

Au réveil, sensation de pesanteur du corps et de l'esprit; mauvaise humeur; sécheresse de la gorge; quelquefois vomiturition. Souvent alors *tremblement vermiculaire* de la langue, difficulté de parler.

Ordinairement, un peu d'embonpoint. Souvent augmentation de volume du foie. Bonnes digestions; tendance à la constipation.

Selon la manière de vivre, ces symptômes peuvent augmenter, ou diminuer, ou varier.

Ils augmentent rapidement à la suite d'une affection intercurrente qui affaiblit l'organisme ou qui oblige à suspendre l'usage de l'alcool.

Ainsi, l'usage continu de l'alcool, ou la suspension de cet usage, donnent lieu à des manifestations semblables du côté du système nerveux.

Avant Magnus Huss, M. Roesch (2), traitant le même sujet, donnait une description non moins remarquable, et que voici :

« De même que, chez tout homme livré à la boisson, la force, la sûreté et la rapidité des mouvements, la finesse et la précision des sens, l'énergie de la réaction contre les impressions du dehors, et l'aptitude procréatrice vont toujours en bai-

(1) *Alcoholismus chronicus*, traduit en allemand par G. Van dem Busch. Stockholm et Leipzig, 1852. Voyez dans Morel (*Traité des dégénérescences physiques intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, Paris, 1857, pag. 79 et suiv.) le chapitre où l'auteur a donné un long extrait de l'ouvrage de M. Magnus Huss.

(2) *De l'abus des boissons spiritueuses*. Paris, 1839, p. 5.



; de même aussi la diminution s'annonce au moral par le peu de feu et l'incertitude des actions, la difficulté et la lenteur des conceptions, même à l'égard des choses les plus simples, la diffusion des idées, la perte de la mémoire et du jugement, l'irrésolution, la lâcheté et la bassesse. Pusillanime et sans caractère, l'homme enivré à la boisson ressemble à l'eunuque sous ce rapport; mais il est moins enervé qu'un eunuque, car, outre qu'il manque de ce qui fait l'homme, il a perdu l'intelligence, il n'a plus de goût pour rien, si ce n'est pour la satisfaction momentanée du désir qui le domine, et, dès que ce désir est satisfait, il se sent heureux. Quant à avoir de l'eau-de-vie, il est maussade, il se sent mal à l'aise, et plus d'un suicide a été accompli dans ce misérable état. Schlegel en rapporte un grand nombre d'exemples. C'est principalement le vice de l'ivrognerie qui rend la mort volontaire si répandue de nos jours. Schlegel a dit : « L'ivrognerie est la principale cause du suicide en Angleterre, en Allemagne et en Russie; le libertinage et le jeu, en France; la bigoterie, en Espagne. »

C'est à la suite de cet état sans cesse entretenu et aggravé que le sens moral s'affaiblit, et que tout à coup éclate la folie, dont le caractère différentiel est surtout dans le fait d'accomplir des actes involontaires, dont le malade perd la responsabilité.

## 2. ALCOOLISME AIGU.

Sous ce nom nous entendons tous les troubles de l'intelligence, du sentiment, du mouvement et des fonctions organiques, qui éclatent rapidement, ont une durée courte, et ne sauraient persister longtemps dans leur exagération sans amener la perte du malade. Nous nous permettons d'établir cette définition, qui n'est qu'une constatation des faits, faute de pouvoir faire concorder les définitions qui ont été données par les auteurs.

On a donné à cette affection diverses dénominations qui, à notre sens, rétrécissent la question, telles sont celles de *delirium tremens*, de *mania a potu*, de *manie alcoolique*; il y a même un de ces noms qui détourne complètement l'attention du point de vue réel sous lequel il faut envisager les faits, c'est celui de *dipsomanie* ou d'*œnomanie*.

En effet, si la manie qui résulte de la boisson (*mania a potu*) est une forme réelle de maladie, elle n'a rien de commun avec le besoin de boire qui s'établit et se développe dans le cours d'une affection mentale précédemment existante.

Morel (1) a parfaitement apprécié cette distinction, et dit : « On ne se douterait pas que l'hypochondriaque, si préoccupé des intérêts de sa santé, puisse se livrer quelquefois à des excès inouïs de boisson. » Il ajoute à ses remarques l'exemple d'un jeune hypochondriaque chez lequel la dipsomanie prit naissance par suite de l'erreur erronée que les stimulants étaient nécessaires à sa guérison.

Bien qu'au fond la maladie soit une, puisque la cause est unique, elle peut se manifester sous différentes formes, selon la prédominance de tel ou tel ensemble de phénomènes, ou selon leur degré d'acuité, et nous croyons que l'on doit distinguer deux variétés, quelquefois consécutives, quelquefois indépendantes, savoir : *delirium tremens* et la *folie* ou *manie alcoolique*. Nous ne sommes pas en con-

(1) *Traité des maladies mentales*. Paris, 1860, p. 661 et suiv.

tradiction avec nous-même en reprenant ces deux expressions, puisque employons, avec les auteurs les plus accrédités, pour désigner seulement des faits divergents de l'alcoolisme aigu.

### 3. DELIRIUM TREMENS.

#### § I. — Définition.

Cette singulière perversion de toutes les fonctions nerveuses survient quelquefois à la suite d'un ou de plusieurs excès alcooliques, chez des individus habitués ; mais le plus ordinairement elle éclate chez les ivrognes de profession qui présentent depuis longtemps les caractères que nous avons indiqués (page 628). Enfin, il est d'observation que le mal se déclare plutôt lorsque l'ivresse est dissipée que pendant l'état d'intoxication même, et c'est d'après cette circonstance que les médecins ont été portés à attribuer le délire à l'affaiblissement des fonctions cérébrales.

#### § II. — Marche, diagnostic.

Les malades présentent d'abord de la bizarrerie dans l'humeur, puis ils deviennent irascibles ; une grande agitation se manifeste, et enfin le délire aigu éclate. On est obligé de se rendre maître de l'individu et de l'attacher dans son lit, dans la crainte qu'il ne se livre à des violences dangereuses pour ceux qui l'entourent et pour lui-même. Le corps est dans une agitation extrême, il y a tremblement des membres, balbutiement, bégayement, bien que la parole soit rapide et incessante. La face est rouge, vultueuse ; les yeux sont brillants et congestionnés.

Le pouls est fréquent, la peau chaude et couverte de sueur. Il y a une insomnie absolue. Les malades parlent incessamment, insultent ceux qui les entourent, voient des fantômes, des ennemis ; se plaignent d'être entravés ; menacent, supplient pour qu'on les mette en liberté, afin d'échapper à des dangers imaginaires. On a dit que les malades se préoccupent, en général, de tout ce qui est relatif à leur profession ou aux dernières préoccupations qu'ils ont eues ; cela est vrai, en général, mais non constant. Ils ont une soif vive, la bouche aride, la langue humide cependant. Il y a rarement des évacuations involontaires ; mais, chez les malades, n'ayant pas conscience de leur position, ne se gênent pas pour uriner, se déféquer dans leur lit à tous leurs besoins. S'ils parviennent à s'échapper, ils courent au hasard, sans direction, sans but déterminé, et se laissent ramener plus facilement. Ils chantent, rient et pleurent alternativement et sans motif ; ne reconnaissent quelques personnes, etc., etc.

Cet état dure, en général, quelques jours ; l'agitation s'apaise et est remplacée par un épuisement graduel, qui se termine par un sommeil profond et prolongé, accompagné de sueur, de ralentissement du pouls, etc. Au réveil, les malades sont calmes, mais courbaturés, brisés ; ils n'ont pas mémoire de ce qui s'est passé pendant leur folie passagère ; ils ont la langue embarrassée, la bouche amère, humide, une soif vive ; le tremblement a cessé, mais il faut un repos prolongé pour la réparation des forces.

el est le tableau très abrégé du *delirium tremens*, mais cette maladie présente variétés. On a depuis longtemps admis un *delirium tremens chronique*, lequel, n plusieurs auteurs, et M. Delasiauve (1) en particulier, devrait plutôt rentrer s la *folie* ou *manie alcoolique*. Le même auteur a décrit une *forme grave* ou aiguë du *delirium tremens*, dont nous donnons ici un aperçu.

Ce qui distingue surtout la forme que j'appelle *suraiguë*, c'est la prodigieuse ivité nerveuse. Le malade n'a ni paix ni trêve ; aucune partie du corps n'est mpte d'agitation : les membres tremblent ; vultueuse, rouge, violacée même, la e grimace par le frémissement prononcé de ses muscles ; les yeux roulent dans rs orbites ; la peau, chaude et brûlante, s'humecte d'une sueur profuse, vis- euse, exhalant parfois une odeur alcoolique. La langue peut conserver sa frai- eur naturelle ; elle est plus souvent desséchée sur ses bords, à sa surface, et uverte, de même que les lèvres, de croûtes fuligineuses. Communément la soif vive, inextinguible ; la respiration plus ou moins gênée ; l'altération des traits lique une prostration profonde. Quant au pouls, tantôt accéléré et déprimé, utres fois il contraste par son rythme presque normal avec l'ensemble des sym- mes. L'esprit, de son côté, est assailli par des hallucinations, notamment de la , dont la rapide succession occasionne une mobilité incessante....

Il est difficile d'assigner une durée exacte à l'œnomanie suraiguë ; plusieurs de malades ont été emportés rapidement, sans que nous ayons pu obtenir de ren- nements sur la date de l'invasion des symptômes. Chez ceux, en petit nombre, ont guéri, le retour à la liberté morale a oscillé entre huit et quinze jours. Cette ation se retrouve dans les faits rapportés par les auteurs, et on le conçoit : elle end à la fois de la quantité des boissons ingérées, de leur nature, de l'impres- nabilité et de l'état physique et moral des sujets.

A en juger par les quelques cas que nous avons recueillis, le pronostic serait grave : 4 sur 8 ont eu une issue promptement funeste, et les autres ont roqué les plus vives appréhensions. »

ce qui frappe surtout dans le *delirium tremens ordinaire*, c'est son peu de gra- , s'il est abandonné à lui-même et si le malade n'est pas soumis à une médica- spoliative. D'un autre côté, comme on le comprend, il a une grande tendance récursive, par la répétition d'action de la cause première. ]

### § III. — Traitement.

u premier rang des moyens mis en usage contre le *delirium tremens*, il faut er les excitants ou les opiacés. Les auteurs qui ont conseillé l'opium et qui ont des faits en faveur de cette médication veulent, en général, que l'on donne ce icament à une assez forte dose : que l'on commence, par exemple, par 10 cen- mmes par jour donnés à plusieurs reprises, et que l'on élève successivement : dose à 25 et 30 centigrammes ; quelques-uns même veulent qu'on la porte uellement jusqu'à 1 ou 2 grammes et plus encore. Ces dernières quantités beaucoup trop considérables. Tous les médecins n'ont pas reconnu l'efficacité opium, et M. Ward (2), ayant mis en usage cette médication, a vu succomber

) D'une forme grave de *delirium tremens* (*Revue médicale*), 31 avril 1852.

) *Rem. on history*, etc. Boston, 1831.

un grand nombre de sujets, surtout quand on donnait des doses élevées; aussi regarde-t-il l'opium comme pernicieux. Parmi les médecins français qui n'accordent aucune confiance à l'opium, nous citerons Esquirol (1), Georget et M. Calmeil (2). La conclusion que l'on doit tirer de tout cela, c'est que l'opium doit être donné à des doses beaucoup plus modérées qu'on ne l'a fait généralement, et qu'on ne doit pas le regarder comme un remède souverain dans le *delirium tremens*.

Le *tartre stibié en lavage*, les *purgatifs*, le *calomel* prodigué en Angleterre, les *antispasmodiques*, les *excitants généraux*, le *sulfate de quinine à dose élevée*, ont été tour à tour vantés et dépréciés. Parmi ces moyens, ceux qui doivent inspirer le plus de confiance sont les vomitifs et les purgatifs. Quant à la *digitale à dose élevée*, il n'est pas encore démontré qu'elle ait les heureux effets qu'on lui a attribués.

M. le docteur Warwick (3) a rapporté un cas dans lequel les *inhalations de chloroforme* employées pendant deux heures, à des intervalles d'un quart d'heure, ont procuré un sommeil de trois heures, après lequel le malade fut parfaitement guéri. Il faut ajouter que, pendant les inhalations, on administra 50 gouttes de laudanum. Dans deux cas, le docteur Pratt (4) donna le *chloroforme en potion* à la dose de 4 grammes en une fois; après deux de ces doses données à une heure d'intervalle, les malades dormirent pendant quelques heures, et le calme était rétabli à leur réveil. Les moyens employés habituellement dans cette affection n'avaient procuré aucun soulagement.

Nous n'insistons pas beaucoup sur ces moyens curatifs, parce qu'il résulte des faits observés par Esquirol et M. Calmeil, que la simple *expectation*, en employant quelques *boissons délayantes*, le *repos* et des *bains tièdes*, suffisent, dans l'immense majorité des cas, pour procurer la guérison en quatre ou cinq jours.

[Les saignées sont souvent dangereuses, en affaiblissant encore la puissance cérébrale; aussi a-t-on pu dire qu'il valait mieux ne rien faire que de saigner. Si Sutton et M. Rayer ont proscrit ce traitement, MM. Calmeil, Falret, Ware, n'hésitent pas à recourir à la saignée, aux ventouses scarifiées ou aux sangsues, lorsqu'il s'agit de conjurer un paroxysme chez des sujets replets, dont la figure est rouge, vultueuse, la tête pesante et douloureuse.

Le *delirium tremens* est particulièrement propre aux buveurs d'eau-de-vie; il est extrêmement commun en Suède, en Allemagne, en Angleterre, et c'est dans ce dernier pays qu'il a bien été décrit pour la première fois. Selon Lippich, cité par Roesch, le *delirium tremens* est le meilleur *alcoolomètre* pour indiquer la progression croissante de l'abus de l'alcool dans un pays.

Pour plus de détails, nous invitons le lecteur à recourir au mémoire de M. Rayer sur ce sujet.

Le délire alcoolique n'éclate souvent que dans des conditions particulières, comme, par exemple, un accident, une maladie spontanée. Alors l'individu qui jusque-là avait supporté facilement l'abus des alcooliques est brusquement atteint

(1) *Des maladies mentales*. Paris, 1838.

(2) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, 2 vol.

(3) *The Lancet*, janvier 1848.

(4) *Journ. amér. des sciences méd.*, et *Journ. des connaissances méd.-chir.*, 15 juillet 1853.

(5) *Mémoire sur le delirium tremens*. Paris, 1819, in-8.

des accidents que nous avons décrits, et pendant quelque temps on peut hésiter sur la nature de l'affection délirante qui intervient. Dupuytren avait observé, après les opérations chirurgicales, un trouble des fonctions cérébrales, qu'il désignait sous le nom de *délire nerveux*. La question de savoir si c'était le *delirium tremens* n'est pas encore bien résolue.

#### 4. FOLIE ALCOOLIQUE AIGUE.

Ce trouble momentané des fonctions cérébrales peut survenir spontanément ; mais le plus ordinairement il succède au *delirium tremens*.

Les cas de ce genre, dit M. Delasiauve (1), ont passé inaperçus des médecins d'aliénés, et cela se comprend. « Le plus souvent le délire suraigu des ivrognes, se confondant, en raison de l'appareil fébrile qui l'accompagne, avec les affections cérébrales, est traité dans les hôpitaux ordinaires, tandis que nos asiles reçoivent presque exclusivement les cas de simple *stupeur ébrieuse*, plus semblable à l'aliénation mentale. Sous une perspective si opposée, les faits ne pouvaient être envisagés de la même façon : de là une confusion dont la classification s'est ressentie. »

Dans ces cas, en effet, les phénomènes physiques, comme les manifestations morales, contrastent avec l'appareil symptomatique du *delirium tremens*. En effet, selon le même auteur, la figure, au lieu d'être turgescente, animée, continuellement trémulante, est le plus souvent morne, abattue, pensive, parce que « la réaction hallucinatoire ne fend le nuage que par intervalles. » Rarement le pouls s'élève au-dessus du type normal ; la sueur est modérée ou nulle ; on ne remarque point non plus cette soif ardente, si commune dans le délire suraigu ; la langue est seulement couverte d'un enduit muqueux, sale ou blanchâtre. Le tremblement est également beaucoup moins prononcé ; parfois même il semble plutôt subordonné à l'hésitation de la pensée qu'à une irritation convulsive. Ajoutons que les attaques épileptiformes, complication fréquente de l'œnomanie suraiguë, sont exceptionnelles dans la forme bénigne.

Ce qui distingue surtout cette forme, au point de vue des fonctions cérébrales, c'est la production d'*hallucinations* qui reviennent par intervalles, au milieu de l'état physique que nous venons d'indiquer, état qui n'a rien de l'acuité et de la violence du *delirium tremens*.

Enfin, ce qui nous permet de faire rentrer les cas de cette nature dans l'*alcoolisme aigu*, c'est la rapidité de leur terminaison : quelquefois la guérison a lieu en moins de quinze jours.

#### 5. ALCOOLISME CHRONIQUE.

Le mot *alcoolisme chronique* doit représenter tous les accidents qui suivent, à longue échéance, l'abus des spiritueux ; dans ces cas, la continuation actuelle des excès n'est plus nécessaire pour l'évolution des symptômes morbides.

Au fond, les formes *aiguë* et *chronique* de l'alcoolisme sont de même nature, puisque la cause est identique, mais il y a cependant une différence entre les deux espèces d'intoxication. « La première, dit Marcet (2), consiste dans un trouble

(1) *Loc. cit.*

(2) *On chronic alcoholic intoxication*. London, 1860.

aigu et violent des fonctions du système nerveux, durant en général de quatre à dix jours, tandis que la seconde forme, au contraire, tout en ressemblant à l'autre sous des apparences plus calmes, prend la forme d'une maladie prolongée. L'alcoolisme chronique est un état de souffrance qui dure longtemps et sans interruption et n'accorde aux malades aucun repos de jour et de nuit. »

Puisque nous reconnaissons le lien de parenté entre le *delirium tremens* et l'alcoolisme chronique, à plus forte raison devons-nous reconnaître l'unité de cette dernière affection. Et dans cette pensée, il nous semblerait illogique d'établir plusieurs espèces d'alcoolismes chroniques; mais comme, en raison des fonctions variées du système nerveux, les manifestations peuvent se faire vers telle ou telle fonction, il est évident que l'affection peut présenter un grand nombre de formes diverses, et c'est là la cause de la division adoptée par Magnus Huss, au point de vue de la symptomatologie.

La division de cet auteur, la plus complète qui ait encore été présentée, est la suivante :

- 1° Forme paralytique ou parésique ;
- 2° — anesthésique ;
- 3° — hyperesthésique ;
- 4° — convulsive ;
- 5° — épileptique.

Il faudrait ajouter à cette division la forme prodromique, mais nous en avons déjà parlé.

Nous empruntons à Magnus Huss la description de ces formes, qui n'ont jamais été aussi bien exposées.

*Forme paralytique ou parésique.* — Ici l'affaiblissement de la force musculaire est ce qui prédomine. En général, cela ne va pas jusqu'à la paralysie, mais cela reste à l'état parésique. Cet état diffère de la paralysie suite d'apoplexie ou de maladies cérébrales. Il se porte peu à peu de la périphérie vers le centre. Il a été décrit sous les noms de « méningite chronique, *tabes dorsalis*, paralysie générale des aliénés, paralysie générale progressive ». Après une certaine durée des symptômes prodromiques (1<sup>re</sup> forme), les extrémités, surtout les membres supérieurs, commencent à s'affaiblir : — sommeil interrompu par des visions. Les bouts des doigts s'affaiblissent d'abord; le malade ne peut serrer la main que faiblement; il laisse échapper les objets qu'il a saisis.

La faiblesse s'étend aux avant-bras, au bras ou à l'épaule. Bientôt elle se manifeste aussi dans les extrémités inférieures. Le malade flageole sur ses jambes; sa marche devient incertaine, difficile à décrire, mais facile à reconnaître. Quelquefois la faiblesse s'étend même aux muscles du dos. Le malade s'affaiblit de plus en plus et devient incapable de se maintenir dans une position quelconque, il reste constamment couché. Cependant les mouvements volontaires ne sont pas complètement abolis. Il n'aime pas à se mouvoir, parce qu'il est obligé pour cela de faire de grands efforts; il ne peut manger lui-même, on est obligé de lui donner ses aliments. C'est dans ce cas que l'on peut appeler cela paralysie générale. Il s'y joint même quelquefois une paralysie de la vessie, du gros intestin, de l'œsophage et même de la langue; quelquefois des soubresauts des tendons et des crampes vien-



et se surajouter. Cette forme n'arrive pas chez tous les sujets à son développement complet. Souvent les symptômes décrits précédemment sont très légers et accompagnés de l'anesthésie qui caractérise la forme suivante. La faiblesse musculaire survient lentement ou bien se manifeste tout à la suite d'une maladie aiguë, quelle peut être le *delirium tremens*, un rhumatisme aigu, un érysipèle, une érysipèle, etc., même un état d'ivresse plus fort que de coutume, ou bien la cessation subite de l'usage des alcooliques. Au début, cette faiblesse musculaire varie d'intensité et se manifeste surtout le matin et après un état d'ivresse.

Si le malade ne fait pas d'excès, elle peut rester très modérée; mais s'il continue à s'enivrer, elle peut atteindre le plus haut degré. Il est bien à remarquer que la cessation brusque de l'usage des alcooliques produit souvent une aggravation considérable.

Si l'usage de l'alcool est repris, les forces peuvent se relever pour un temps; mais finalement elles diminuent à un tel point, qu'elles ne peuvent plus être rétablies que très incomplètement, à moins que le malade ne change totalement de vie.

Si il est déjà survenu une paralysie de la vessie ou du gros intestin, on peut difficilement s'attendre à une amélioration notable.

Les symptômes du système musculaire sont accompagnés, ou précédés, ou suivis d'autres états morbides qui contribuent encore à caractériser cette forme.

L'extérieur du malade est changé; sa figure annonce l'hébété et la paresse; le blanc des yeux devient jaunâtre ou gris jaunâtre; la peau est sèche et jaune. Le malade s'amaigrit; les muscles deviennent flasques: rarement les apparences normales se maintiennent, ou, si elles persistent, les forces ont cependant disparu.

Quant aux facultés intellectuelles, le malade devient indifférent, hébété, sa mémoire s'affaiblit; son sommeil est interrompu par toutes sortes de visions; souvent le sommeil est précédé d'hallucinations de la vue ou de l'ouïe, ou même d'un véritable délire tranquille; la vue s'affaiblit, les pupilles sont dilatées; l'œil est moins impressionnable à la lumière; le malade croit avoir un voile devant les yeux, lesquels s'obscurcissent parfois totalement en même temps qu'il y a des larmes; les mouvements brusques de la tête causent d'abord de ces sensations, mais bientôt le malade éprouve ces accidents, même quand il est tranquille (sans mouvement); bourdonnements d'oreilles; éourtement de l'ouïe; tous ces symptômes sont variables d'intensité.

L'activité des organes digestifs est ordinairement changée; on trouve à un degré plus ou moins élevé tous les symptômes d'une gastrite chronique, depuis les plus légers symptômes de dyspepsie jusqu'à cet état où presque tous les aliments sont rejetés par le vomissement; assez souvent il apparaît des symptômes d'inflammation chronique de l'intestin grêle et du gros intestin; l'abdomen est tendu, il y a des coliques, des flatulences; certains aliments sont rejetés par en vomissement non digérés (lienterie); la constipation alterne avec la diarrhée; le foie est ordinairement hypertrophié et déborde les fausses côtes d'un ou de plusieurs centimètres et atteint quelquefois l'hypochondre gauche; quelquefois il diminue de volume à mesure que le corps s'amaigrit.

Mais j'ai vu des cas où, malgré une grande faiblesse musculaire, le foie conti-

nuait à s'accroître ou conservait sa grandeur normale, c'est-à-dire que le foie devenait gras et ne passait pas toujours à l'état granuleux ou à l'état cirrheux. Quant aux organes thoraciques, dans cette forme ils ne présentent pas de changements constants.

Poumons, quelquefois un peu de catarrhe ; cœur, quelquefois un peu d'hypertrophie.

Quant au degré de l'alcoolisme, il est étonnant que tel individu qui a énormément abusé de l'alcool puisse ne pas avoir d'affaiblissement musculaire, tandis que tel autre, qui en a abusé beaucoup moins, peut être considérablement affaibli.

*Forme anesthésique.* — La dénomination d'anesthésique est prise d'une diminution de sensibilité dans certaines parties.

Cette diminution de sensibilité, bien qu'elle soit liée aux symptômes des formes précédentes, est cependant le symptôme prédominant.

Monneret (1) dit que, dans beaucoup de cas, les sens sont seulement affectés ; que dans d'autres on a observé seulement une diminution considérable de la sensibilité tactile.

Avant que l'anesthésie ne devienne l'expression de l'intoxication chronique par l'alcool, elle est nécessairement précédée par un degré plus ou moins élevé de demi-paralysie (parésie). Elle est donc liée à la forme paralytique. Après un certain temps d'affaiblissement musculaire, le malade observe une diminution de la sensibilité du bout des orteils.

Cette diminution s'étend peu à peu à la plante des pieds, à leur face dorsale, au tibia, au mollet, au creux du jarret, et ne remonte guère plus haut.

Les mêmes phénomènes se manifestent plus tard dans le bout des doigts, et remontent en général que jusqu'aux coudes.

A ces symptômes anesthésiques, il s'en joint d'autres, dépendant de l'intelligence. Rarement le malade peut faire aucun effort d'esprit. Il s'aperçoit de la diminution de sa mémoire, et devient indifférent à tout ce qui se passe. Il a souvent des rêves pénibles et des hallucinations de la vue et de l'ouïe, etc., et enfin les symptômes qui appartiennent à un degré plus élevé, appelé paralysie générale des aliénés.

Il y a parfois embarras de la parole, et cet embarras ne se manifeste quelquefois qu'au commencement d'une conversation, ou quand le malade veut parler vite ou qu'il se fâche. Dès que la forme anesthésique s'est nettement produite, les désirs vénériens diminuent et même disparaissent aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Il n'y a plus d'érection, et la faculté de concevoir cesse quand même la menstruation continue.

*Forme hyperesthésique.* — On observe ici l'hyperesthésie dans les mêmes parties qui étaient affectées d'anesthésie dans les formes précédentes. Cette forme est rare.

La forme hyperesthésique se subdivise en deux formes dont l'une siège surtout dans la peau et l'autre dans les parties profondes.

La durée de cet état d'hyperesthésie n'a rien de régulier.

L'hyperesthésie peut disparaître, l'état paralytique persistant néanmoins. L'hyperesthésie semble disparaître assez facilement par la cessation des abus alcooliques.

(1) *Compendium de médecine pratique.*

*forme convulsive.* — De toute antiquité on a remarqué que les mouvements convulsifs sont une conséquence de l'alcoolisme. La première manifestation est le tremblement, dont le degré le plus élevé est une espèce de *chorée*. Plus tard viennent des soubresauts des tendons, et enfin des *accès convulsifs*, qui revêtent quelquefois la forme épileptique et peuvent dégénérer en une véritable épilepsie.

L'on voulait prendre ces phénomènes pour établir une classification nosographique, on verrait que cela est très difficile, vu que les accidents varient suivant les époques, et même d'un jour à l'autre.

On ne s'entend pas même sur les expressions, les uns appelant *chorée* ce que d'autres appellent épilepsie et convulsions, et *vice versa*.

Nous avons appelé forme convulsive celle qui présente, chez certains malades, des attaques de mouvements involontaires que l'on appelle généralement convulsions.

La forme convulsive est donc caractérisée par des accès convulsifs survenant chez des individus qui ont eu antérieurement des symptômes certains de l'alcoolisme.

Les convulsions peuvent être générales ou partielles. J'en exclus les tremblements; les soubresauts des tendons n'en font partie qu'autant qu'ils sont les prodromes de véritables convulsions.

Qu'il y ait eu ou non des soubresauts des tendons ou du tremblement, les convulsions apparaissent, soit à la suite d'une cause occasionnelle, comme une émotion, un effort, une très forte ivresse, une continence de liqueurs alcooliques, soit d'une manière inopinée. Elles sont quelquefois précédées d'hallucinations ou de perturbations des sens.

Ordinairement les accès vont en croissant d'intensité et de fréquence. Quelquefois le malade reste des mois sans en éprouver. D'autres fois il en a tous les jours plusieurs fois par jour, ou même plusieurs dans une heure. Quelquefois la conscience subsiste pendant l'attaque, d'autres fois elle est plus ou moins perdue. Souvent il survient une prostration qui est en rapport avec l'intensité de l'attaque. Si l'usage des alcools continue, les convulsions peuvent dégénérer en véritables attaques d'épilepsie.

Il y a quelquefois des traces d'irritation spinale traduites par une sensibilité à la pression sur la colonne vertébrale.

*Forme épileptique.* — Cette forme est connue, même des gens du monde, sous le nom d'*épilepsie alcoolique* ou *des ivrognes*. Il est quelquefois difficile, pour le médecin qui n'a pas assisté à l'attaque, de dire si c'est de l'épilepsie ou non. Le diagnostic est d'autant plus difficile que l'on voit des accès convulsifs passer peu à peu à la forme épileptique. Je n'appelle épileptiques que les accès qui présentent réellement des convulsions tétaniques suivies d'un sommeil comateux.

Il ne suffit pas de constater qu'il y a des accès épileptiformes, car l'épilepsie aurait pu préexister à l'alcoolisme, pourrait être héréditaire ou provenir d'une maladie organique. Dans tous les cas d'épilepsie, on a toujours constaté comme prodrome du vertige et des lipothymies.

Les attaques se rapprochent peu à peu, souvent elles sont précédées d'une *aura*. Les attaques ne se montrent pas constamment à la même heure du jour, mais elles

peuvent arriver la nuit, et alors le malade ne sait rien de ce qui s'est passé.

L'épilepsie alcoolique peut dégénérer en paralysie générale des aliénés. Elle peut aussi guérir, même assez facilement, par suite de la suppression des abus alcooliques. Enfin elle peut persister des années entières sans affecter beaucoup les facultés du malade.

*Troubles de l'intelligence.* — Les troubles de l'intelligence comprennent les illusions, le délire, l'affaiblissement de l'intelligence, l'insomnie et la tendance au suicide.

Les hallucinations s'observent fréquemment chez les malades; la nuit, les malheureux sont tourmentés par la vue d'objets effrayants ou repoussants; mais un caractère particulier à l'hallucination résultant de l'alcoolisme est, pour Magnan et Huss, que les malades ont presque constamment, la nuit, la vue d'animaux qui les effrayent à un haut degré.

Le délire, si nous exceptons toutefois le délire aigu ou la manie alcoolique, est assez rare. L'intelligence, chez les dipsomanes, loin d'être exaltée, est déprimée, annihilée, et, pour nous servir de l'expression de M. Lasèque (1), c'est un véritable *abrutissement*, dont les malades ont conscience, et qui, lorsqu'il n'est point arrivé aux dernières limites, les pousse, dans le but de s'y soustraire, aux extrémités les plus graves.

Un des premiers symptômes de l'alcoolisme chronique est le *défaut de sommeil* et un grand état d'inquiétude nocturne. Le malade se tourne en tout sens sur son lit, et dès qu'il ferme les yeux, des visions extraordinaires et pénibles se déroulent devant lui. S'il parvient à dormir, son sommeil est troublé par des songes effrayants qui paraissent souvent indiquer un profond degré d'excitation mentale; souvent il rêve qu'il était à son travail durant toute la nuit, puis il se réveille au matin épuisé et incapable de tout mouvement.

*Tendance au suicide.* — La tendance au suicide paraît être extrêmement marquée chez les malades alcoolisés; mais presque jamais elle ne se manifeste au moment où le délire, les hallucinations existent. C'est au contraire lorsque les malheureux reviennent à la raison, ayant la conscience de l'abîme qui est devant eux et ne se sentant pas capables de renoncer à leur détestable vice, qu'ils ont recours au suicide.

*Dyspnée.* — Un symptôme nerveux fort intéressant, signalé par M. Marce, est la dyspnée qu'on observe fréquemment chez les malades atteints d'alcoolisme chronique, et elle constitue un fréquent symptôme de l'intoxication alcoolique chronique qui est entièrement indépendante de toute lésion pulmonaire.

Toute maladie survenant dans le cours de l'alcoolisme chronique, est plus grave et se termine plus promptement par la mort, que lorsqu'elle est sans complication.

## II<sup>e</sup> SECTION. — LÉSIONS ANATOMIQUES.

Il est incontestable que dans beaucoup de cas, à la suite de l'ivresse, les centres nerveux sont sains, et ne décèlent présentement d'autre preuve d'intoxication qu'une odeur alcoolique. Quelquefois il y a un engouement sanguin de tout le

(1) *Archives générales de médecine*, 5<sup>e</sup> série, 1853, t. I.

le veineux intra-crânien, comme dans l'asphyxie. Enfin nous avons cité ces quables *hémorrhagies méningées* dont M. A. Tardieu a si bien établi les rapports avec les blessures.

Les auteurs qui ont écrit sur le *delirium tremens* ont trouvé tantôt un état sain des centres nerveux, tantôt une légère infiltration de sérosité dans la pie-mère et les ventricules. Morgagni a trouvé, chez un homme mort le quatrième jour d'ivresse profonde, un état de mollesse de la base du cerveau (1).

Nous ne pouvons pas mieux montrer l'incertitude qui règne sur ce point, qu'en citant le passage suivant de M. Calmeil (2) : « Des recherches microscopiques consciencieusement conduites prouveront vraisemblablement un jour que les accès qualifiés de *delirium tremens* doivent se compliquer la plupart du temps, au bout de quelques jours de durée, soit de fluxions inflammatoires, soit de fluxions avec production de cellules granuleuses, au sein des éléments de la substance encéphalique. »

Pour ce qui est de l'alcoolisme chronique, les lésions sont plus constantes et ren-

dent dans cette forme désignée par le même auteur sous le nom de *périencéphalite chronique diffuse*. Mais encore sont-elles variables d'étendue, de siège, de degré. En analysant les observations du remarquable ouvrage de M. Calmeil (3), nous avons vu qu'on peut résumer ainsi les lésions, qui sont rarement simples, mais presque toujours multiples et diversement associées : congestion de la pie-mère ou des plexus choroïdes ; granulations très fines et transparentes, épanchements séreux à la surface et dans l'intérieur du cerveau ; ramollissement léger de la surface des hémisphères ou dans leur profondeur, et quelquefois même de quelques points de la moelle ; induration partielle de la pulpe nerveuse ; des traces de matière plasmatique ; enfin, dans un cas, on a trouvé du pus (obs. 112, t. II, p. 44).

### III<sup>e</sup> SECTION. — EFFETS LOCAUX DE L'ALCOOL.

Nous examinerons les lésions survenant dans les principaux organes : affections de l'estomac, du foie, des organes respiratoires, des reins, des organes génitaux, du système vasculaire, des organes des sens, etc.

**Appareil digestif.** — L'estomac éprouve une succession de troubles fonctionnels organiques, dont nous ne pouvons donner que la simple énumération : tels sont la *perte de l'appétit*, les *vomissements*, particulièrement le matin, les *sécrétions muqueuses*, abondantes et souvent acides (*pituite*), la *gastralgie*, la *dyspepsie* ; ensuite la *dilatation* de l'estomac (Morgagni) ; peut-être les altérations de la *gastrite chronique*, l'*ulcère simple* (Cruveilhier) et le *cancer*. Relativement à cette dernière lésion, nous avons déjà fait nos réserves, en disant que l'alcool ne devait être considéré comme la cause productrice, mais comme l'agent de localisation d'une diathèse.

Si encore, pour éviter toute objection, nous devons dire qu'il y a deux manières

(1) Lettre XIV, 25.

(2) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859, t. I, p. 216.

(3) *Ibid.*, t. II.

de considérer quelques-unes de ces altérations fonctionnelles et organiques. Sont-elles des effets purement *topiques* ; sont-elles le résultat d'une *action en retour* de l'alcoolisation de toute l'économie ? C'est ce qu'il serait très difficile de décider. Ainsi, la dilatation est très probablement un effet mécanique dépendant de l'ingestion de grande quantité de liquide ; mais en est-il de même des sécrétions muqueuses ? Nous ne saurions nous prononcer. Quoi qu'il en soit, nous ne devons pas oublier de parler de ces affections stomacales, quel que soit leur mode de production, puisqu'elles viennent toujours, plus ou moins, compliquer l'alcoolisme.

Les mêmes observations s'appliquent, avec de semblables réserves, aux *maladies du foie*. Quelques-unes peuvent être le résultat d'une simple action locale. Ainsi, selon M. Beau (1), chez les personnes prédisposées, c'est-à-dire ayant un certain degré de congestion habituelle du foie, l'usage du vin, même étendu d'eau, peut produire de violentes douleurs névralgiques (*hépatalgie*), que l'on peut confondre souvent avec la *colique hépatique* produite par des calculs biliaires. Ce médecin pense que l'alcool agit alors comme topique irritant, après avoir pénétré dans le foie avec le sang de la veine porte ; il n'agirait pas autrement, d'ailleurs, que le vinaigre, les sauces épicées, les condiments âcres, le remède de Durande (lequel augmente souvent les douleurs), et même l'eau de Vichy.

S'il en était réellement ainsi, ne pourrait-on pas croire que la *cirrhose* est due à ce mode d'action ? Nous savons bien que cette affection s'observe souvent en dehors de toute influence alcoolique, et que, par cette raison, on pourrait être engagé à nier toute influence des spiritueux dans sa production ; mais il nous semble que, considéré comme simple irritant, il peut être cause de cirrhose concurremment avec d'autres influences. Alors il produirait une congestion sanguine, l'augmentation du volume de l'organe et une inflammation véritable, laissant pour preuve de son existence des épanchements fibro-plastiques et l'augmentation de la trame cellulo-fibreuse. Et alors on verrait se dérouler, comme il suit, les altérations de la cirrhose.

Ces épanchements engendrés par l'inflammation deviennent cause à leur tour, et, joints à la congestion préexistante, ils compriment les parties environnantes. Les vaisseaux sanguins s'atrophient, s'oblitérent. Les acini sont atrophiés ; les parties où la congestion seule existait sans épanchement laissent quelques granulations hypertrophiées. Il y a cessation plus ou moins complète de la sécrétion biliaire. Au-dessous du foie, le tronc de la veine porte est considérablement dilaté. Cette dilatation est causée par l'atrophie de ses rameaux. Mais la circulation tend à se rétablir par les anastomoses existant dans la scissure du foie entre la veine porte et le système veineux général (Sappey, Ch. Robin) (2), et l'on voit, en effet, dans la cirrhose, la dilatation variqueuse de ces groupes veineux.

La gêne de la circulation abdominale et la défibrination du sang par suspension des fonctions du foie causent des hémorrhagies et l'ascite, etc. La cirrhose alcoolique ne peut être combattue victorieusement que lorsqu'elle est bornée à la période congestive ; lorsque l'affection est plus avancée, les phénomènes morbides préexistants semblent appeler l'accomplissement du cercle nosologique de la cir-

(1) *Etudes sur l'appareil spléno-hépatique* (Arch. gén. de méd., 4<sup>e</sup> série, 1851, t. XXV).

(2) Ch. Robin, *Rapport à l'Académie de médecine*, 31 mai 1856 (Bulletin, t. XXIV, p. 94).



rhose, et les accidents marchent en vertu d'une espèce de pouvoir acquis par le premier pas. La thérapeutique, inhabile à les détruire, ne peut plus que retarder leur marche.

Les lésions de la rate, que l'on a souvent constatées dans la cirrhose, doivent-elles quelquefois être considérées comme causées directement par l'alcoolisme, ou doit-on les regarder comme le résultat de la gêne de la circulation porte, par suite de l'oblitération des rameaux de cette veine dans le foie ? Il nous serait impossible de trancher la question.

Quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur l'étiologie et le mécanisme de ces lésions, l'anatomie pathologique a constaté tantôt une atrophie, tantôt une hypertrophie de la rate, jointe à l'existence de plaques laiteuses, fibreuses et cartilagineuses dans l'épaisseur de ce viscère.

*Organes respiratoires et circulatoires.* — Ils ne présentent que des lésions d'un intérêt secondaire et sur lesquelles nous ne pouvons insister : telles sont la *laryngite chronique*, ou du moins une affection caractérisée par la *raucité de la voix* et l'*aphonie*, ou la *bronchorrhée*. Enfin on a signalé (1) des *pneumonies aiguës*, nées sous l'influence immédiate de l'ivresse; il resterait à discuter la réalité du rapport que l'on a supposé.

On a rapporté aux excès alcooliques quelques lésions de la membrane intérieure du système vasculaire, et particulièrement les *ossifications des artères* et la *gangrène des membres* par suite d'artérite; mais on trouve peu de renseignements précis à cet égard.

*Organes génito-urinaires.* — La *maladie de Bright* peut-elle avoir pour cause l'abus des boissons alcooliques ? Nous ne pouvons établir ce fait d'étiologie que par des commémoratifs, par la progression du mal sous une influence persistante, par la fréquence de la maladie dans les pays froids et par une analogie peut-être discutable avec l'albuminurie cantharidienne.

Les cantharides causent sur les reins des accidents spéciaux. Les reins servent d'émonctoires à la cantharidine, et ce principe si actif produit une espèce de vésication intérieure sur les tubuli du rein, en amenant la desquamation de leur épithélium; de là le passage de l'albumine dans l'urine.

La solution de la question aurait le plus haut intérêt si la maladie de Bright pouvait s'expliquer par ce mécanisme; car la prophylaxie en découlerait.

Nous ne faisons que mentionner l'*impuissance* chez l'homme, et malgré cela quelques tendances aux idées et aux actes obscènes (Marcel); et chez la femme on observerait la stérilité (Morel).

*Organes des sens.* — Nous avons déjà signalé les hallucinations. Quelques médecins attribuent à l'alcoolisme certaines affections de l'appareil de la vision.

#### IV<sup>e</sup> SECTION. — CONSÉQUENCES RELATIVES A L'INDIVIDU ET A L'ESPÈCE.

Ici nous posons des questions qui sont à l'étude plutôt que résolues.

1<sup>o</sup> L'alcoolisme influe-t-il sur la durée de la vie ? — Nous n'avons aucun docu-

(1) Laborderie-Boulou, *De la pneumonie consécutive à l'intoxication alcoolique*, Val de France, Paris, 1849.

ment, aucun chiffre propre à donner une solution, mais il paraît fort naturel d'admettre qu'une pareille cause doit abréger la durée moyenne de la vie, lorsque l'on songe aux cas de mort subite par l'alcool, à la grande mortalité par le *delirium tremens* suraigu (Delasiauve), ainsi qu'à toutes les affections et à toutes les lésions organiques que nous avons décrites.

2° Un seul auteur, M. Morel, a émis l'opinion que l'alcoolisme transmet par hérédité aux enfants des tendances morbides particulières. Nous laissons à l'auteur la responsabilité de cette opinion qu'il fonde sur les remarques suivantes :

« L'idiotie qui se relie par ses causes héréditaires aux tendances alcooliques des parents offre un sujet d'étude des plus vastes et des plus complexes. Nos recherches sous ce rapport, dit M. Morel (1), coïncident avec celles des auteurs qui ont fait la remarque que la dégénérescence de l'espèce était plus fréquente dans les pays où les parents se livraient à l'ivrognerie chronique. J'ai rattaché à la même cause certains états instinctifs d'individus irrémédiablement frappés dans l'évolution de leurs facultés intellectuelles et affectives, et qui, sans pouvoir être assimilés aux idiots proprement dits sous le rapport physique et moral, apportaient en naissant des dispositions innées pour le mal. » M. Morel ajoute encore que la tendance à l'ivrognerie se transmet héréditairement.

Nous n'avons pas à nous occuper, dans une question aussi générale, des divers modes de traitement qui conviennent aux manifestations morbides que nous avons décrites, et qui varient par l'intensité, la durée et le siège.

### § I. — Traitement.

Les moyens les plus divers ont été mis en usage, et nous rappellerons seulement les émissions sanguines, l'opium, les excitants, les toniques, les vomitifs, les purgatifs, les affusions d'eau froide, le traitement moral, etc.

La valeur de quelques-unes de ces médications a été fort bien appréciée par Valleix lui-même (page 634).

Tout récemment M. Marcet a préconisé l'emploi de l'oxyde de zinc contre l'alcoolisme chronique. Selon cet auteur, l'oxyde de zinc, dans les cas simples, diminuerait d'abord l'insomnie et les hallucinations de l'ouïe et de la vue; les attaques de tremblement diminueraient d'intensité et disparaîtraient peu à peu; l'appétit reviendrait, et dès lors on pourrait regarder le malade comme entrant en convalescence. Nous ignorons si ce genre de traitement a été soumis par d'autres médecins à une expérimentation sévère.

Une question plus importante sans doute se présente ici : celle de la *désaccoutumance* des alcooliques.

« La thérapeutique de Magnus Huss, dit M. Lasègue (2), repose sur les indications les plus simples, et se compose de médicaments peu variés. Éloigner les causes qui entretiennent la maladie est évidemment la première indication à remplir; on s'efforce ensuite, à l'aide d'un bon régime, de quelques toniques, de purgatifs chauds, de réparer les troubles de la digestion; enfin les divers agents conseillés dans le cours des maladies nerveuses, antispasmodiques, comme l'assafoetida, stimulants spéciaux, comme la noix vomique, sont employés suivant les

(1) A. Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 579.

(2) *Archives générales de médecine*.

as. Un seul remède mérite d'être signalé : c'est l'huile empyreumatique, qui donne sa saveur spéciale à l'eau-de-vie de pomme de terre (*fermentoleum solani*), la dose de 5 à 10 centigrammes, cinq ou six fois par jour, dans une potion ou en pilules. Ce produit paraît agir surtout en diminuant les douleurs épigastriques et le pyrosis, et semble devoir être rangé parmi ceux dont l'expérience a le mieux prouvé l'efficacité. Parlerons-nous de cette étrange médication dont la singularité même a doublé la célébrité, et à laquelle de récentes expériences du docteur Nasse donnent un nouvel intérêt. On sait que le moyen proposé et hardiment usité par un compatriote du docteur Huss consiste à guérir la dipsomanie alcoolique par l'abus même de l'alcool, porté à ses dernières limites ; on sait aussi que les succès et les insuccès ont été volontiers exagérés par les partisans ou les adversaires de cette méthode. Nasse a repris les expériences, et les résultats de ses observations ont été, en somme, assez favorables. L'addition de l'alcool à toutes les boissons, à tous les aliments des dipsomanes, a eu pour effet d'inspirer à ces malades le plus profond dégoût pour la liqueur dont ils abusaient, et dont ils finirent par ne plus même supporter l'odeur. La cure n'a pas cependant été toujours durable, et au bout d'un certain temps, on a pu constater des récidives. La médication d'ailleurs, employée avec la persistance sans laquelle elle est et doit être insignifiante, n'est pas dépourvue de dangers, et Nasse a vu la mort déterminée par cette intoxication artificielle.

#### V<sup>e</sup> SECTION. — EMPLOI DES ALCOOLQUES DANS LE RÉGIME DES MALADES.

On a remarqué les fâcheux effets de la suppression des boissons excitantes chez les individus adonnés à leur usage, et qui sont pris de quelques maladies accidentelles. Chomel a bien formulé l'indication thérapeutique, en conseillant l'usage du vin à dose modérée, même pendant l'état aigu des maladies qui surviennent chez les buveurs, et la pratique s'est généralisée. Ainsi on emploie les boissons vineuses dans les pneumonies à forme adynamique, dans les cas où le *delirium tremens* éclate, à la suite d'une fracture, d'un accident chirurgical grave ou d'une grande opération.

En général, chez les vieillards dont toutes les maladies tendent à se compliquer d'adynamie, il convient de donner du vin même pendant la période aiguë fébrile.

Chez les enfants même très jeunes, âgés de trois ou quatre mois par exemple, sous l'influence d'affections graves (catarrhe suffocant, etc.), l'affaiblissement survient parfois avec une excessive rapidité, l'alimentation est impossible, les médicaments n'ont plus d'action ; les alcooliques, vin de Malaga, vin de quinquina, sont alors une dernière et puissante ressource, dont nous avons pu dans plusieurs circonstances constater les effets presque merveilleux.

C'est en se fondant sur des considérations d'analogie, que l'on administre l'eau-de-vie ou le rhum dans le choléra, dans les vomissements nerveux de la grossesse, etc., etc.

Nous avons déjà parlé de l'emploi des alcooliques comme moyen de prophylaxie. Si, à une certaine époque, les médecins ont pu considérer l'alcool comme antiputride et antiseptique (Pringle), cette idée n'est plus actuellement acceptée que par le vulgaire, mais elle a des effets désastreux, et il importe beaucoup de prévenir contre les dangereuses applications qu'elle peut avoir. On sait que la plu-

part des ouvriers prennent le matin quelques liqueurs alcooliques, pour obtenir une prétendue immunité contre les *miasmes*; que ceux qui travaillent dans les égouts, dans les cimetières, dans les clos d'équarrissage en font autant; que dans les pays chauds, les immigrants agissent de même, pour se préserver des fièvres bilieuses, des dysenteries, des fièvres intermittentes, du typhus, des influences nosocomiales. De l'avis de la plupart des médecins, cette pratique serait non-seulement sans efficacité, mais encore dangereuse; et dans les épidémies de choléra qui ont sévi en France, on a pu remarquer que les personnes qui usaient des alcooliques comme moyen préservatif, étaient plus promptement frappées que celles qui s'en absteaient.]

## ARTICLE VIII.

### ERGOTISME.

Quoique l'on ait trouvé, dans les écrits que nous a laissés l'antiquité, quelques passages qui semblent se rapporter à l'*ergotisme*, il faut arriver au dixième siècle pour avoir des relations assez exactes d'épidémies de cette maladie; mais à dater de cette époque, les historiens en ont mentionné toujours un certain nombre, et c'est surtout dans les quatorzième, quinzième et seizième siècles qu'on vit sévir les plus meurtrières. Dans le dix-septième et le dix-huitième siècle, on en observa encore un bon nombre, principalement en Allemagne. Parmi les auteurs qui nous ont laissé les travaux les plus importants sur cette maladie, dont les exemples sont devenus beaucoup moins fréquents de nos jours, il faut citer Schenk, Mulcaille (1), Salerne (2) et l'abbé Tessier (3).

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'*ergotisme* est une affection produite par l'usage du seigle ergoté, et caractérisée tantôt par des convulsions, tantôt par la gangrène des membres. Il résulte de là que cette maladie doit être divisée en *ergotisme convulsif* et *ergotisme gangréneux*.

Cette affection a reçu les noms de *feu sacré*, *feu Saint-Antoine*, *feu Saint-Marcel*, *mal des ardents*, *gangrène des Solognots*; *convulsion céréale*, *raphania*.

#### § II. — Causes.

On a attribué la maladie qui nous occupe au mélange, avec les graines alimentaires, de différentes plantes, telles que l'*ivraie enivrante*, la *raphanelle*, le *mélampyre*, les *coquelicots*; mais les expériences de Salerne, de Read (4) et de l'abbé Tessier ne laissent aucun doute sur la cause réelle du mal, et prouvent qu'elle est véritablement due à cette production parasitaire du seigle à laquelle on a donné le nom d'*ergot*. Il ne peut rester quelque doute que relativement à l'*ergotisme*

(1) Académie des sciences, 1748.

(2) Mém. de l'Acad. des sciences, t. II.

(3) Mém. de la Société royale de méd. Paris, 1776, t. I, p. 417; 1778, t. III, p. 387. — Voy. aussi Aug. Millet, Du seigle ergoté, dans Mém. de l'Acad. de méd., t. XVIII, p. 177.

(4) Du seigle ergoté. Metz, 1774.

convulsif; car, dans les expériences dont nous venons de parler, c'est surtout la gangrène qui s'est produite.

Les causes prédisposantes sont la misère, les privations de toute espèce, l'habitation dans des lieux bas et humides.

### § III. — Symptômes.

Pour la description des symptômes, la division que nous avons admise plus haut doit être nécessairement suivie.

1° *Ergotisme convulsif*. — Le début de l'ergotisme convulsif n'est pas, en général, rapide. Pendant un temps plus ou moins long (de 7 à 20 et 25 jours), on observe le brisement des jambes, l'agitation, la céphalalgie, la tristesse, des fourmillements, des picotements, des crampes dans les jambes et une grande irrégularité de l'appétit.

Ces premiers symptômes vont ensuite en augmentant; une chaleur douloureuse se manifeste dans les pieds, et enfin surviennent les convulsions. Ce sont des convulsions toniques, qui produisent la flexion forcée de toutes les articulations des membres, de telle sorte que les talons viennent se coller sur les fesses, et les mains sur les épaules; des accidents semblables se manifestent dans le tronc, et l'on observe l'opisthotonos et le trismus.

A ces convulsions toniques se joignent, vers le début, des convulsions cloniques très violentes et très douloureuses; les secousses sont plus ou moins rapides, et toujours très fortes. On voit alors la face agitée d'affreuses convulsions, et les yeux contournés par le strabisme. Plusieurs malades se mordent la langue, et il y a une écume sanguinolente à la bouche.

Ensuite la céphalalgie persiste, et les malades tombent dans un délire ordinairement furieux, avec vociférations, et quelquefois hurlements; on observe aussi la perte de la mémoire et de l'intelligence, la stupeur et le coma; la vue, ordinairement affaiblie, est assez souvent abolie, ou présente des troubles divers.

Les symptômes du côté du tube digestif ne sont pas constants; lorsqu'ils existent, ils consistent dans la douleur épigastrique, des nausées et des vomissements bilieux, des coliques, des selles liquides et fétides; parfois les selles sont involontaires, ainsi que les urines.

Il est ordinaire de trouver les extrémités froides, quoique le corps soit couvert de sueur, et les malades se plaignent d'une ardeur douloureuse dans tout l'intérieur du corps; à ces phénomènes succède ordinairement un état de collapsus profond et de paralysie générale qui précède la mort. Dans les cas de guérison, les symptômes s'apaisent peu à peu, et les malades conservent pendant un temps souvent fort long un affaiblissement de la vue, une faiblesse ou un tremblement des membres et l'affaiblissement de l'intelligence.

*Accès convulsifs*. — Les symptômes que je viens de décrire ne se montrent pas d'une manière continue; mais le délire, les convulsions cloniques, épileptiformes, l'agitation extrême, reviennent par moments plus ou moins rapprochés, et constituent ce que l'on a appelé l'accès d'ergotisme convulsif.

2° *Ergotisme gangréneux*. — L'ergotisme gangréneux commence, à très peu près, de la même manière que l'ergotisme convulsif; mais, au bout de quelques

jours, les *douleurs* deviennent beaucoup plus vives et plus profondes dans les extrémités qui doivent être frappées de gangrène ; elles arrachent des cris aux malades ; les uns éprouvent, dans ces points, une *chaleur brûlante*, d'autres, au contraire, un *froid* extrêmement vif ; quelquefois une *rougeur érysipélateuse* se montre sur les membres ; à cette époque, le *pouls* devient serré et fréquent ; la *sueur* se montre à la tête et vers l'épigastre, et cependant l'*appétit* peut persister encore.

Plus tard la *douleur* cesse dans les points qui doivent être frappés de gangrène, tandis que dans les parties plus élevées elle envahit des points qu'elle n'occupait pas encore. Enfin, on voit les *extrémités* devenir violacées, très froides, puis noircir, se dessécher ou se couvrir de phlyctènes pleines de sérosité sanguinolente, et cette gangrène gagne ensuite de proche en proche jusqu'à ce qu'elle se trouve bornée par une bande rouge et enflammée qui indique le point où se sépareront les parties mortifiées. Ordinairement cette gangrène reste bornée aux pieds et aux mains ; mais, dans quelques cas, on l'a vue s'étendre à tout un membre.

Plus tard encore la *séparation* se fait, la *suppuration* s'établit à la limite des parties mortes et des parties vivantes, et l'on voit se détacher toutes les parties affectées. Lorsque la gangrène n'est pas sèche, il s'écoule des points malades une *sérosité rougeâtre*, d'une *odeur très fétide et caractéristique*. Pendant que ces phénomènes se produisent, le *pouls* est faible, petit, misérable, accéléré ; il y a une *prostration extrême*, la *peau* se couvre d'une sueur froide et visqueuse ; la *langue* se sèche ; la *diarrhée* s'établit, et les malades tombent dans un état demi-comateux. Dans les cas de guérison, qui n'ont guère lieu que lorsque la partie mortifiée est d'un petit volume, une bonne suppuration s'établit après la chute des eschares, et la cicatrisation se fait comme dans les plaies ordinaires.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans les cas d'ergotisme convulsif, la *marche* de la maladie est irrégulière, comme celle des névroses, et ce sont principalement les accès qui la caractérisent ; dans les cas d'ergotisme gangréneux, la marche est continue. La *durée* de la maladie, dans les deux cas, est très variable ; la mort, dans un accès, peut abrégé beaucoup celle de l'ergotisme convulsif ; quant à l'ergotisme gangréneux, on peut dire que la durée est toujours longue ; elle l'est surtout lorsqu'une partie d'un volume considérable est détachée par la mortification.

La *terminaison* par la mort est fréquente ; tout dépend, relativement à l'issue de la maladie, de l'intensité de la cause toxique.

#### § V. — Lésions anatomiques.

On a trouvé, chez les sujets qui ont succombé à l'ergotisme, l'inflammation d'un grand nombre d'organes ; mais ces lésions ne sont pas constantes, et tout porte à croire qu'il existe une altération du sang, à laquelle seule on peut attribuer tous les symptômes qui caractérisent la maladie. Suivant M. Roche, la gangrène des extrémités serait due à une artérite, comme la gangrène sénile ; mais les recherches d'anatomie pathologique ne nous ont pas encore suffisamment éclairés sur ce point.



## § VI. — Diagnostic, pronostic.

Il est aujourd'hui reconnu que l'on ne peut pas, par la connaissance seule des symptômes, arriver au diagnostic de l'ergotisme. Lorsqu'on trouve une affection présentant les signes que nous avons énumérés plus haut, il faut rechercher quel est le genre de vie du malade, et surtout s'informer s'il règne une affection épidémique présentant des symptômes analogues.

*Pronostic.* — Ce que j'ai dit plus haut de la terminaison de la maladie prouve assez combien le pronostic est grave ; les accès convulsifs sont presque constamment mortels, et il en est de même de la gangrène d'une partie volumineuse.

## § VII. — Traitement.

Nous ne nous étendrons pas longuement sur le traitement de cette affection, parce qu'il n'est nullement démontré que les moyens qui ont été recommandés par les auteurs aient une grande influence sur la terminaison de la maladie.

On a employé tour à tour l'opium à haute dose, les *frictions camphrées, aromatiques* ; les *vésicatoires*, les *bains sulfureux*, les *bains de vapeur*, les *sudorifiques* et les *antispasmodiques*, contre l'ergotisme convulsif. Dans les cas de gangrène, on a donné les *excitants généraux*, les *toniques*, parfois les *vomitifs* et les *purgatifs*, les *acides minéraux*, et un grand nombre de substances particulières.

On n'est pas d'accord sur le degré d'utilité de la *saignée*. Les auteurs qui regardent l'ergotisme gangréneux comme la suite d'une artérite ont beaucoup de confiance dans les *émissions sanguines, générales et locales* ; mais c'est là le résultat d'idées théoriques qui auraient besoin d'être confirmées par l'expérience.

## CHAPITRE V.

## EMPOISONNEMENTS PAR LES SUBSTANCES MINÉRALES.

ARTICLE I<sup>er</sup>.

## EMPOISONNEMENT PAR L'HYDROGÈNE SULFURÉ.

*Signes de l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré.* — Les ouvriers qui descendent dans les *fosses d'aisances* sont surtout sujets à cet empoisonnement. L'*hydrosulfate d'ammoniaque* et l'*acide hydrosulfurique* sont les deux gaz qui constituent le plomb, expression par laquelle on désigne et l'exhalation délétère, et les accidents qu'elle produit.

Quelquefois les sujets tombent *comme foudroyés*. Dans les cas moins violents : douleurs très vives à l'épigastre ; arthralgie, céphalalgie. Constriction pharyn-

gienne ; nausées, lipothymies. Parfois délire, convulsions, rire sardonique ; cris ; puis face livide, écume sanguinolente à la bouche, irrégularité du pouls, et tous les symptômes de l'asphyxie.

*Traitement.* — M. Bouchardat (1) le formule comme il suit :

1° *Traitement de l'empoisonnement par le gaz des fosses d'aisances.* — Il importe de faire le plus tôt possible respirer du chlore avec précaution. Labarraque a sauvé un vidangeur asphyxié en plaçant sous son nez, à différentes reprises, un linge trempé dans une dissolution de chlorure de soude.

• Si l'on n'a pas de chlorure de soude sous la main, comme le succès dépend de la rapidité du secours, on trouvera chez tous les épiciers de l'eau de javelle, qui est du chlorure de potasse, et l'on en imbibera un linge qu'on promènera avec précaution sous le nez de l'asphyxié. On pourra activer, s'il en est besoin, le dégagement du chlore, en versant quelques gouttes de vinaigre sur le linge imbibé d'eau de javelle. On pourra encore, comme M. Mialhe, obtenir un dégagement lent et gradué du chlore, en enfermant dans une compresse une poignée de chlorure de chaux, et en versant sur cette compresse quelques gouttes de vinaigre.

• Quand le malade commence à respirer, il faut l'exposer au grand air, rappeler la chaleur à la peau, en le brossant fortement avec une brosse de crin, et en l'enveloppant de couvertures chaudes. On pratiquera une saignée, puis on administrera une potion antispasmodique avec deux grammes d'éther. »

L'ammoniaque respirée avec précaution est, comme l'a constaté Orfila, utile pour ranimer le malade.

2° *Traitement de l'empoisonnement par le foie de soufre, l'eau de Barèges pour bains, etc.* — « Il faut immédiatement provoquer le vomissement par l'ingestion d'une grande quantité d'eau tiède, par d'abondantes boissons mucilagineuses et par la titillation de la luette, et même, si les vomissements étaient rebelles, il faudrait recourir à la pompe œsophagienne. On ne peut faire vomir avec l'émétique ou le sulfate de cuivre ou de zinc, car ces sels sont décomposés par le sulfure alcalin. On administre ensuite par demi-verrées, tant que les vomissements ont l'odeur d'œufs pourris, la solution de dix grammes de protosulfate, ou mieux de persulfate de fer dans un litre d'eau, et deux cents grammes de sucre ; au lieu de sulfure de potasse vénéneux, il se forme du sulfate de potasse purgatif, et du sulfure de fer insoluble. »

## ARTICLE II.

### EMPOISONNEMENT PAR LE CHLORE, LES CHLORURES, L'IODE.

*Signes de l'empoisonnement.* — Resserrement de la poitrine, oppression, crachats sanguinolents (chlore) ; nausées, ardeur du pharynx, vomissements de matières tachées de jaune (iode).

*Traitement.* — Chlore : eau légèrement ammoniacale ; émollients. Iode : amidon, colle d'amidon ; émollients.

(1) *Annuaire de thérapeutique.* Paris, 1847.

## ARTICLE III.

## ACCIDENTS OCCASIONNÉS PAR L'IODE. — IODISME.

[M. Rilliet, médecin en chef de l'hôpital de Genève, a présenté à l'Académie de médecine de Paris, dans le cours du mois de janvier 1859, un mémoire intitulé : *l'iodisme constitutionnel* (1).

L'auteur résume son travail sous quatorze conclusions; elles sont fondées sur sept observations. Une d'elles a pour sujet un chien braque de huit ans, atteint d'un goître.

## § I. — Historique.

Coindet avait à peine doté la thérapeutique d'un de ses plus puissants médicaments, l'iode, que déjà quelques accidents s'étaient produits. MM. Marc d'Eslande, Maunoir, Bizot, Lebert et quelques autres médecins distingués, observèrent des cas d'intoxication par l'usage de l'iodure de potassium. Bientôt les divers praticiens de l'Europe assistèrent aux mêmes accidents, et parmi eux il faut citer Hufeland.

Des faits opposés aux précédents abondent. MM. Boinet et Dorvault arguent du petit nombre des observations d'iodisme pour infirmer leur valeur réelle. Ces auteurs mettent les accidents produits par l'iode sur le compte de la dose, du mode d'administration et de l'espèce de préparation iodée.

## § II. — Définition, formes et causes.

La *définition* de l'iodisme qui résulterait de tant de phénomènes si divers, si changeants, est encore assez difficile à formuler; l'auteur du mémoire, M. Rilliet, ne la donne pas.

Voici les différentes *formes* d'intoxication iodique :

Elles sont au nombre de trois : 1° une intoxication produite par l'administration de trop fortes doses ou par une mauvaise préparation du médicament.

Cette forme constitue l'empoisonnement traumatique; le tube intestinal est lésé comme il peut l'être par les agents irritants, les symptômes ne sont donc pas spécifiques à l'iode. L'action est locale, les symptômes sont locaux.

2° Une intoxication produite par des doses fortes, mais cependant moins considérables ou mieux tolérées par l'estomac que dans le cas précédent.

L'iode est alors absorbé, puis éliminé, et produit sur le tube digestif des effets médiocres, et sur les organes d'élimination des effets *spéciaux* (ophtalmie, coryza, éruption, éruptions diverses).

(1) Voyez *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1859, t. XXIV, p. 349, et *Gazette hebdomadaire*, nos 14, 15, 16 avril 1860. Ce travail fut l'objet d'un long et savant rapport de la part du professeur Trousseau qu'on lira avec intérêt (*Bulletin de l'Académie*, 1860, t. XXV, p. 382). L'importante discussion qui suivit la lecture de ce rapport et à laquelle prirent part M. Ricord, Bouchardat, Piorry, Chatin, Gibert, Velpeau, Baillarger, Boudet, Poggiale, a été enregistrée avec exactitude dans le *Bulletin de l'Académie*, t. XXV, p. 406 à 547.

3° Enfin une intoxication *spécifique*, c'est-à-dire dont les symptômes ne sont plus communs à l'iode et à d'autres médicaments (comme le mercure par exemple).

Ces symptômes ne dépendent plus de l'action *directe* de l'iode sur l'estomac, mais de son action *en retour* sur les organes d'élimination, mais de l'action propre du métallope et de son dynamisme.

Ces trois variétés ne sont pas toujours isolées, elles s'unissent à différents degrés.

### § III. — Symptômes.

*Première forme.* — Accidents locaux dépendants de l'ingestion de l'iode ou de ses composés donnés à haute dose.

1° *Quand les accidents sont bien accusés*, on constate la sécheresse, l'ardeur, la constriction de la gorge, les vomissements, la diarrhée, de violentes douleurs d'estomac, la petitesse du pouls, l'anxiété, l'agitation, la céphalalgie, et quand les douleurs sont très intenses, un état presque convulsif.

2° *A un degré moindre*, on n'observe guère que des vomissements, de la diarrhée, quelques coliques passagères et de l'ardeur à la gorge. Ce n'est guère l'iode pur ou en solution dans l'alcool ou l'hydriodate de potasse ioduré, qui produit à un haut degré ces accidents. L'hydriodate de potasse neutre les accidents occasionne bien rarement, même à dose élevée, encore les médecins qui l'ordonnent contre la syphilis observent-ils quelquefois de la gastralgie, des vomissements et de la diarrhée.

Les délayants et les calmants triomphent bien vite de ces symptômes.

*Deuxième forme.* — Accidents moins prompts que les précédents, assez rares cependant, produits par l'iode ou ses composés à haute dose, et résultant de l'absorption du métallope, de son action sur son système nerveux et de son élimination par les organes sécréteurs.

Cette forme peut se manifester à tout âge; elle n'est pas fréquente.

Quelques jours, ou même seulement quelques heures, suffisent pour la première manifestation symptomatique. Les phénomènes nerveux, qu'on peut résumer sous le nom d'*ivresse iodique*, se montrent tout d'abord; ils se composent de céphalalgie sus-orbitaire, trouble de la vue, tintements d'oreille, stupeur (Lugol), et convulsions convulsifs. Ce sont là des symptômes *spécifiques*, ils sont propres à l'iode. Peu après surviennent les symptômes dits spéciaux, annonçant l'action de l'iode sur les organes d'élimination: ophthalmie, coryza, la salivation, les vomissements, la diarrhée, la polyurie, des éruptions variées depuis un simple érythème jusqu'au *morbus maculosus*. Plus tard survient l'atrophie des glandes, des seins, des testicules (Cullerier), avec intégrité de la santé générale. M. Rilliet pense que le purpura hæmorrhagica et d'autres hémorrhagies observées chez des sujets traités par l'iodure de potassium à haute dose, sont peut-être l'effet de l'*alcalinisation* plutôt que de l'*iodisation*.

*Troisième forme.* — Intoxication spécifique produite par l'iode ou par ses composés, plus fréquente chez les sujets traités par les petites que par les grandes doses, et dans le cas de bonne santé que dans celui de diathèse confirmée et locale. Elle est plus fréquente aussi dans certains pays que dans d'autres, extrêmement rare chez

nts, et d'autant plus à redouter que les malades sont plus avancés en âge. C'est *turation iodique*, l'*affection constitutionnelle* de Coindet, et la *cachexie iodée* ou *iodisme* de quelques auteurs. M. Rillet adopte la dénomination d'*iodisme constitutionnel*. L'iodisme peut exister à tous les degrés; depuis un léger amaigrissement jusqu'à la fonte du malade, on peut distinguer une foule de nuances que résumant sous trois chefs :

iodisme léger ;

iodisme de moyenne gravité ;

iodisme grave ou très grave.

*iodisme léger.* — Après un usage plus ou moins prolongé de l'iode, les malades, en se félicitant de la diminution de leur goître, s'ils en sont porteurs, ne tardent pas à observer qu'ils ont maigri, pâli, et qu'ils se sont affaiblis. Cet état est plus pénible pour les familiers du malade que pour eux-mêmes. L'amaigrissement est bientôt suivi de palpitations, d'abattement, d'une dépression considérable des forces, de la tristesse, de l'insomnie, et d'une susceptibilité nerveuse plus ou moins prononcée.

La cessation du traitement fait cesser les accidents.

*iodisme de moyenne gravité.* — Si la maladie a été méconnue, les symptômes s'aggravent; la maigreur, la tristesse, l'insomnie, la disposition à la frayeur, les palpitations augmentent, l'appétit se perd, ou bien il y a une sorte de boulimie; il y a de la constipation, des douleurs abdominales, surtout au niveau des insertions du diaphragme.

*iodisme grave ou très grave.* — Les symptômes ne diffèrent des précédents que par la rapidité de leur apparition et leur intensité, ils revêtent au début un caractère de plus grande gravité. Dans ce cas le goître, s'il existe, disparaît ou diminue en quelques jours; l'amaigrissement survient avec une rapidité effrayante : en une ou deux semaines les malades sont méconnaissables, ils ont vieilli de vingt ans. Le marasme général, mais il porte principalement sur les organes glandulaires. Le pouls est petit, rapide et est plutôt petit que plein. Le visage est pâle ou jaunâtre ; les yeux, injectés de noir, fixes et un peu égarés. La voix est cassée, les membres tremblent ; au moindre mouvement, la respiration est essoufflée. Les symptômes nerveux sont très pénibles ; le cauchemar, l'inquiétude, l'impressionnabilité sont devenus très prononcés. A l'exploration directe des organes, aucune lésion ne se trahit. Les malades ne s'alimentent pas et quelquefois même conservent un appétit souvent exalté ou désordonné. Cependant l'état du malade est loin d'être désespéré : un traitement efficace, la cessation de l'usage des préparations iodées permettent une prompte amélioration ; mais les traces du mal persistent longtemps. L'atrophie des testicules et des testicules est définitive. Cependant les malades meurent rarement de marasme iodique.

Tel est le tableau des symptômes, dit M. Rillet.

Coindet ajoute une enflure notable des jambes. Le docteur Jahn présente les symptômes iodiques sous des couleurs plus sombres.

M. Coindet fils et Marc d'Espine insistent tous sur la boulimie.

## § IV. — Marche, durée.

*Marche.* — Tantôt la marche est lente et très insidieuse, tantôt elle est franche dès le début. Quelquefois latente au début, la maladie devient tout grave.

L'iodisme est toujours une maladie chronique. Sa plus courte *durée* est semaines, mais elle peut se prolonger jusqu'à six mois et plus. Le rétablissement complet se fait attendre plusieurs années.

## § V. — Pronostic et terminaison.

L'iodisme à début lent est généralement plus facile à guérir. Le pronostic en partie sur cette forme de début. Il faut tenir compte de l'âge ; les sujets sont plus gravement atteints. Le tempérament nerveux favorise aussi la gravité des symptômes. L'iodisme grave guérit le plus souvent ; cela est plus vrai encore pour les autres formes graves.

La *terminaison* presque toujours favorable n'exclut pas la mort. M. Jahn cite deux cas, le docteur Caffé un autre, M. Marc d'Espine deux autres.

En somme, l'iodisme est une maladie pénible qui pendant longtemps trouble la vie des malades.

## § VI. — Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique est encore à faire. M. Jahn, chez deux sujets, a trouvé la graisse disparue, les glandes sont presque fondues, ainsi que les ganglions sentériques, les capsules surrénales, le foie, la rate et les ovaires.

## § VII. — Diagnostic.

De la boulimie, de l'amaigrissement, de la susceptibilité nerveuse, et surtout des palpitations survenant chez un goitreux feront soupçonner l'iodisme, bien que le malade nie avoir suivi un traitement iodé. En effet, dans aucune autre maladie ne trouve réunis ces quatre ordres de symptômes. Si les uns ou les autres manquent, le diagnostic devient plus difficile. Pour l'établir, il faut distinguer la forme aiguë et la forme lente.

1° Au *premier* cas, la rapidité du pouls, l'amaigrissement rapide, la pâleur du visage, l'essoufflement, sans boulimie, peuvent faire croire à la *chlorose simple* ou à la *phthisie* décrite déjà par M. Rilliet (1), mais la connaissance de la cause du malade, quelquefois la disparition rapide d'un goître avec amaigrissement très prompt, l'apparence sénile chez les uns, puis les œdèmes et les autres signes de chlorose chez les autres, éclairent le diagnostic. Notons cependant que la chloro-anémie qui vient à la longue dans l'iodisme ne peut servir à éclairer le diagnostic, qui ne se fait alors qu'au moyen des phénomènes spéciaux ou spécifiques de l'iode.

2° Dans le *second* cas, si la marche est *lente*, *latente*, on pourra soupçonner un *diabète* latent, ou un de ces états cachectiques qui précèdent quelquefois un moment où l'on peut constater la localisation positive d'une diathèse.

L'analyse chimique des urines répond aux doutes de *diabète latent*, sans pouvoir ni soif.

(1) *Archives de médecine*, février 1855.



es *diabètes évidents*, le diagnostic est clair. *Iodisme* : boulimie, marasme; polydipsie, marasme.

bête peut-il être produit par l'*iodure de potassium*, ainsi que M. Ricord en exemple? Mais les urines de ce malade contenaient-elles du sucre, ou ne-il que d'une polydipsie ou d'une polyurie simple? Il faudrait rechercher semblables.

*Diathèses scrofuleuse et cancéreuse*, qui n'ont pas encore éclaté par une éruption locale, sont accompagnées de *dyspepsie*, l'amaigrissement est moins prononcé, l'état nerveux et les palpitations manquent.

*Infections organiques du cœur commençantes* sont plus obscures, mais les accès de rhumatisme articulaire aigu généralisé, d'endocardite, de pleurésie bilatérale, d'une part; puis les signes tirés de l'auscultation et de la percussion permettent le jugement.]

La *chondrie*, par sa tristesse et ses symptômes nerveux, peut être mise en doute. Rechercher la cause, constater l'amaigrissement rapide inconciliable avec les névroses, la boulimie, les frayeurs, les tremblements des membres qui ne surviennent presque exclusivement à l'iodisme.

On fera en tout état de cause l'examen chimique des sécrétions, on provoquera la réaction de l'iode libre sur l'amidon, et on le séparera des bases qui le retiennent.

#### TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

IODISME AIGU.	CHLOROSE AIGUE SIMULANT LA PHTHISIE.
Amaigrissement rapide.	Amaigrissement lent.
État sénile.	Pas de rides séniles, plutôt bouffissure.
Guérison connue (traitement).	Fatigues physiques ou morales, dysménorrhée.
Développement rapide d'un goitre et atrophies des glandes.	Appareil glandulaire normal.
IODISME LENT CHRONIQUE.	DIABÈTE LATENT (SANS SOIF NI POLYURIE).
Précipité de l'urine : iodure d'amidon de couleur bleue.	Analyse de l'urine : précipité jaune par le liquide de Barreswil.
IODISME CHRONIQUE.	DIABÈTE COMPLET.
Guérison connue.	Polydipsie.
État général est troublé, plus les symptômes d'iodisme sont graves et éclatants.	Signe commun.
Maladies intercurrentes s'ajoutent à l'iodisme.	Marche vers la phthisie.
Traitement très efficace.	Plus la santé est troublée, moins les symptômes principaux (glycosurie) sont manifestes.
	Les maladies intercurrentes guérissent le diabète.
	Médiocre effet de la thérapeutique.
IODISME CHRONIQUE.	DIATHÈSES (SCROFULEUSE, CANCÉREUSE).
Amaigrissement est accompagné de bouffissure.	L'amaigrissement est accompagné de dyspepsie.
État général est troublé, plus les symptômes d'iodisme sont graves et éclatants.	Lentement de ce phénomène.
Maladies intercurrentes s'ajoutent à l'iodisme.	Manquent, à moins de cachexie ou de chloro-anémie encore manifeste.

## IODISME CHRONIQUE AVEC CHLORO-ANÉMIE.

Antécédents nuls, la pathologie des séreuses interrogée inutilement chez le malade.

Pas de pleurésie à gauche.

Souffles cardiaques plutôt à la base du cœur.

Battements d'une clarté exagérée.

Maigreur.

Pouls mou, large, lent.

Intermittences vraies, avec suspension d'un battement au cœur et au pouls.

Auscultation et percussion très souvent négatives.

Enfants, jeunes gens.

Un goître en traitement.

L'urine donne l'iodure d'amidon.

## IODISME CHRONIQUE.

Tristesse.

Cause iodique bien connue.

Le mal invisible longtemps pour le sujet.

Symptômes nerveux assez rapidement développés et en désaccord avec les allures anciennes du sujet.

Amaigrissement.

Traitement efficace.

## MALADIE ORGANIQUE CHRONIQUE DE COMMENÇANTE.

Antécédents de rhumatisme articulaire fébrile, polyarticulaire, généralisé sans coïncidence de signes évidents d'endocardite, avec traitement nul ou insuffisant.

Pleurésie ancienne de ce côté.

Plutôt à la pointe.

Quelques bruits imparfaits, plutôt indiquant des rugosités valvulaires.

Œdème.

Pouls dur, serré, vif.

Intermittences fausses; le pouls n'est que seul; la contraction du cœur expiratoire peut être incomplète, avortée.

Signes évidents ou obscurs, mais par une oreille exercée.

Adultes, vieillards.

Rien d'analogue.

L'urine peut donner de l'albumine.

## HYPOCHONDRIE.

Symptôme commun.

Absente.

Tendance à l'exagération.

Symptômes nerveux de date anciennement développés, en conformité avec les attitudes de découragement du malade.

Embonpoint souvent conservé.

Efforts du traitement moral seuls.

## § VIII. — Causes.

## 1° Causes prédisposantes.

L'idiosyncrasie ou l'aptitude particulière des malades à ressentir les effets de l'iode est démontrée par les faits.

L'âge a son influence. L'iodisme constitutionnel est tout à fait excepté de l'enfance. Passé quarante ans, on administre l'iode avec des craintes fondées. Avant l'enfance l'inquiétude est sans objet. De quinze à trente ans l'iodisme est rare. Depuis trente ans le danger augmente avec l'âge jusqu'à soixante ans au-delà duquel il diminue.

Le sexe féminin offre le genre de *tempérament* qui prédispose à l'iodisme. Le goître y étant plus fréquent, le traitement iodé l'est aussi; il est donc naturel que les accidents soient plus communs que chez l'homme, toutefois celui-ci n'est pas à l'abri de l'iodisme.

*Condition sociale.* — M. Rilliet pense que les personnes de la classe plus exposées à l'iodisme; peut-être parce que l'hygiène corporelle active est peu négligée, peut-être aussi parce que la vie oisive prédispose à l'apparition d'accidents nerveux.

*Constitution, tempérament.* — La véritable cause de l'iodisme est la constitution. Il y a des personnes qui, pour l'iode, sont de véritables sensitives. Ce sont les personnes à *tempérament nerveux, nervoso-sanguin*, car elles sont impressionnables et irritables.

*l'hérédité* semble avoir sa part, on rencontre l'iodisme chez plusieurs membres de même famille.

*Influence du goître, de son volume et de la rapidité de sa résorption.* — Prévost, le collaborateur de M. Dumas, pensait que les accidents d'iodisme sont le résultat de la trop prompte résorption du corps thyroïde et de l'introduction presque instantanée dans le torrent circulatoire de matériaux organiques qu'il est responsables des accidents faussement attribués à l'iode lui-même. Cette théorie, M. Rilliet la justifie sans la partager comme M. Lebert, en disant que le développement d'un goître est déjà un signe de prédisposition à l'iodisme. En effet, les goitreux se trouvent dans tous les pays où l'iode fait défaut, comme l'a démontré M. Chatin. Ces malades doivent être, plus que tous les autres auxquels on administre l'iode (les syphilitiques par exemple), impressionnables à l'action d'un médicament dont leur constitution a le plus grand besoin et à l'action quel elle se prête avec avidité. Tous ces faits sont certains : *Les goitreux sont plus exposés que d'autres à l'iodisme*, pourvu toutefois qu'ils ne soient pas sous l'empire d'une autre diathèse parallèle à celle qui a produit le goître. L'iode administré seulement en vue d'une expérimentation à des personnes saines produira des effets atrophiques; administré au contraire à des syphilitiques, à des scrofuleux, le virus syphilitique sera anéanti dans ses effets tertiaires surtout, et l'économie rendra ses forces sans être troublée en rien (Cullerier).

1. Ricord (1) exprime la même pensée en disant que l'iodure de potassium occasionne la plupart des accidents pathogéniques que si la dose d'iodure n'est pas en rapport avec le mal ou la capacité iodique du malade.

*Le climat* a son influence prédisposante. L'iodisme est rare à Paris et fréquent à Genève. C'est sans doute parce qu'à Paris, l'iode est donné à des malades, et les goitreux de Genève ne sont pas à vrai dire des malades. Le goître des patients de Genève est une prédisposition iodique absente chez les Parisiens. L'iode abonde à Paris dans les eaux; il manque à Genève dans l'eau, l'air et les aliments. Les Parisiens sont donc habitués à l'iode, les Gênois ne le sont pas. Les premiers ont l'habitude, les seconds l'inaccoutumance, et par suite l'impressionnabilité accrue.

*Saison, constitution médicale.* — L'iodisme semble plus fréquent en automne, son influence serait presque nulle au milieu des épidémies de variole, de fièvre typhoïde, de fièvre épidémique, de diarrhée.

## 2° Causes efficientes et directes.

*Influence de la préparation et de la dose du médicament.* — L'iodisme dépend-il de l'action spéciale de l'iode, ou de l'espèce de préparation, ou de l'exagération des doses?

*C'est au métalloïde lui-même et non pas à la préparation, à la dose ou au mode d'administration, qu'il faut attribuer les accidents.*

Le mode d'administration et la dose ont cependant leur importance. M. Boissac a nié l'influence des petites doses, mais elle est démontrée par l'unanimité des

(1) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XXV.

médecins de Genève : MM. Coindet fils, Lombard, Bizot, Maunoir, Marc d'Espine, etc., etc. Tous donnent l'iode à doses très petites, mais très appréciables et non infinitésimales. En deux mois, la dose absorbée pour guérir les goîtres les plus volumineux ne dépasse pas 10 centigrammes d'hydriodate de potasse. Les petites doses peuvent donner des accidents d'iodisme, d'où le conseil de Coindet père de donner les doses d'une manière intermittente. Un vingt-quatrième de grain est donné chaque jour pendant huit jours, puis interruption de quelques jours. On diminue la dose à mesure que le goître diminue, on la suspend tout à fait dès que vient l'amaigrissement avec la boulimie et les palpitations.

*Tous les médecins s'accordent à dire que l'iodisme est plus fréquent chez les sujets traités à petites doses.*

En somme, l'iodisme sera évité le plus ordinairement si le sujet est un enfant ou s'il est encore dans la première jeunesse, s'il présente une diathèse confirmée, s'il habite un pays iodé où le goître n'existe pas, si le traitement est intermittent et les doses élevées.

Quelle est l'action intime de l'iode ? Evidemment il modifie la nutrition, c'est-à-dire qu'il agit sur ces mouvements de composition et de décomposition, d'assimilation et de désassimilation qui constituent la vie.

*Fréquence.*— Cette maladie est rare plus encore aujourd'hui qu'autrefois. Souvent elle est méconnue. Il est probable que bien des tentatives de diminution d'embonpoint ont été secondées par l'iode et ont amené des accidents soigneusement dissimulés.

Il est bon de rapprocher de cette pensée de M. Rilliet, l'iode produit l'amaigrissement, des cas où M. Ricord et M. Trousseau (1) démontrent jusqu'à l'évidence l'engraissement des malades par l'usage de l'iodure de potassium, même chez des habitants de la Suisse.

La fréquence de l'iodisme autrefois et sa rareté aujourd'hui tiennent très vraisemblablement aux précautions prises par les médecins de s'arrêter dans la médication dès que la boulimie commence.

### § IX. — Traitement.

En parcourant les causes, nous avons vu ce qui concerne le traitement préventif. Les contre-indications de l'iode sont encore la grossesse, dit Coindet, la disposition à la ménorrhagie, les maladies de poitrine menaçantes ou commencées, le marasme ou la fièvre lente, quelle qu'en soit la cause. Un tempérament impressionnable nerveux et nervoso-sanguin, enfin une certaine faiblesse de constitution doivent éveiller la circonspection du médecin.

*Précautions.*— 1° Avant tout, l'iode sera prescrit d'une manière intermittente. 2° Suspendre le traitement à la première apparition de symptômes d'iodisme constitutionnel : amaigrissement, boulimie, palpitations, état nerveux.

*Hygiène.*— L'hygiène des malades doit être surveillée avec soin pendant le traitement par l'iode. M. Coindet fils recommande une alimentation tonique et des excitants du système nerveux.

(1) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XXV, p. 437 et 438.

*Traitement curatif.* — Soustraire immédiatement le malade à l'influence de l'iodisme, s'abstenir de toute médication débilitante qui ne ferait qu'aggraver le mal. Prescrire les médications variées que présente chaque cas pris en particulier.

*Si l'iodisme est aigu,* conseiller le lait de vache, de chèvre ou d'ânesse, le lait obtenu guidera pour la préférence à donner à l'un des trois. L'estomac des malades est capricieux : ici le lait de vache à la glace est seul toléré, là c'est le lait d'ânesse tiède. Prescrire, en outre, les narcotiques, les antispasmodiques, le repos, l'usage d'air.

*Si l'iodisme est lent, chronique,* conseiller un régime analeptique, le séjour à la campagne, et surtout dans la montagne, l'équitation, les toniques, et spécialement les préparations ferrugineuses.

Les symptômes les plus difficiles à combattre sont ceux qui résultent des altérations locales produites dans l'estomac par des doses trop élevées ou par une mauvaise préparation du médicament. Les *gastrites* ou *gastro-entérites* chroniques réclameront des soins particuliers d'*hygiène alimentaire*. Le sous-nitrate de bismuth, les eaux et les bains alcalins, les emplâtres fortifiants sur la région épigastrique, les bains gélatineux, les frictions et l'hydrothérapie, sont particulièrement indiqués.

Telle est l'analyse des pensées exprimées dans le mémoire de M. Riliet.

Il ne nous est pas permis de le juger plus complètement qu'en le faisant suivre des pensées émises dans les *discussions de l'Académie*.

M. Boudet pense que les faits signalés par M. Riliet sont si extraordinaires, qu'ils exigent de nouvelles observations pour confirmer les conclusions de l'auteur.

M. Trousseau ne s'éloigne guère de l'opinion de M. Boudet. Les doses infinitésimales de M. Riliet leur semblent trop favorables aux idées hahnemanniennes.

« Le travail, dit M. Trousseau, a quelque chose d'étrange, d'inattendu, d'in vraisemblable même pour tout le monde (si bien que M. Ricord n'y a pas cru). M. Boudet, lui, semble trop favorable aux idées de M. Riliet. Cependant M. Trousseau est plus opposé aux explications qu'aux faits eux-mêmes qu'il adopte parfaitement.

« Résulte des renseignements pris par M. Trousseau auprès des médecins suisses, que l'iodisme est presque inconnu dans la plupart des cantons.

« Ce fait articulé par M. Riliet, que l'iodisme surviendrait surtout à la suite de l'administration des doses infinitésimales d'iode, heurte toutes les idées de thérapeutiques admises par l'école régnante; et il a cependant été admis par M. Boudet et M. Velpeau.

« A Genève, dit l'auteur du mémoire (1), il n'y a pas d'iode dans l'air, d'où l'iodisme après l'administration de doses homœopathiques; mais à Turin, à Chambéry, Grenoble, Lyon, Alexandrie; il n'y a pas plus d'iode dans l'air, l'accoutumance à l'iode n'existe pas pour les habitants de ces villes, et cependant l'iodisme constitutionnel y est inconnu.

« L. Chatin (2) admet l'iodisme constitutionnel tel que l'a décrit M. Riliet; mais l'existence de cette affection ne devrait nullement porter atteinte aux droits si légitimes des préparations iodiques dans le traitement du goître, de la syphilis et de la fule.

1) *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1860.

2) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XV.

En somme, bien que le mémoire de M. Rilliet mérite, dit le rapporte remerciements de l'Académie, il soulève une des questions les plus intéressantes la pathogénie, et ne doit être accepté que pour les faits qu'il contient. M. J. seau confirme, au nom de la commission de l'Académie, des doutes qu'il voit partager pour l'explication et la théorie des faits.]

## ARTICLE IV.

### EMPOISONNEMENT PAR LE CHLOROFORME.

[Bien que dans l'immense majorité des cas, le chloroforme ait été employé en chirurgie, les morts subites ou plus lentes qu'il a causées ont éveillé l'attention et provoqué les recherches des chirurgiens.

M. A. Robert (1), M. Guérin et M. Chassaignac, ont réuni les observations éparses des cas de mort subite arrivés dans les divers hôpitaux français et étrangers. Ils ont ajouté à ces faits les résultats de leur expérience personnelle.

#### § I. — Marche.

M. A. Robert dit : « Quant à nous, nous avons considéré le chloroforme comme un poison exerçant une action hyposthénisante sur le cœur, disposant ainsi à la lipothymie, à la syncope, et produisant parfois la sidération en paralysant seulement les contractions de cet organe. »

M. Guérin (2) dit : « En injectant du chloroforme sous la peau, nous avons montré qu'on pouvait produire un empoisonnement lent, régulier, à période espacées... Voilà les deux sortes d'empoisonnements :

1° L'empoisonnement successif ; 2° l'empoisonnement instantané.

Que la question doive ou non être résolue dans le sens adopté par les auteurs, il est permis, jusqu'à plus ample informé, de décrire tous les accidents qui surviennent à l'emploi du chloroforme comme des phases d'un empoisonnement qui se réalisera, si certaines conditions se réunissent. Quels sont ces accidents?

Avant d'entrer dans quelques détails, il faut reconnaître que tous les accidents du chloroforme sont communs à toute la famille des agents anesthésiques. Ils sont tous des liquides volatils qui sont absorbés sous forme de vapeurs et dont les symptômes offrent seulement quelques différences. L'éther, l'amylène, le chloroforme, tous les alcooliques soumis à des équivalents chimiques analogues produisent la mort ou les accidents qui la précèdent par des mécanismes ou troubles physiologiques semblables.

Est-ce une asphyxie véritable? Est-ce un trouble de la respiration ou de la circulation que produisent les anesthésiques? il est encore difficile de se prononcer formellement. Ce qui est certain, c'est que tout ce qui est établi par l'expérience des alcooliques demeure vraisemblablement aussi nettement for pour le chloroforme. L'ivresse anéantit l'intelligence, la sensibilité, le mouvement, détermine des troubles respiratoires circulatoires, et cérébraux, aussi bien

(1) A. Robert, *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 6 novembre 1853.

(2) *Gazette médicale de Paris*, 1853, p. 413.



usage des inhalations chloroformiques. L'histoire des empoisonnements par l'alcool (1) s'applique au moins pour les généralisations à l'étude du chloroforme.

Il y a toutefois cette différence que ces substances qui produisent si rapidement l'anesthésie sont tellement volatiles, que l'on en absorbe une grande quantité en peu de temps ! Aussi les phénomènes qu'ils déterminent sont-ils plus rapides et plus profonds que dans l'ivresse. Par suite, leur durée est beaucoup plus courte. Enfin, pour compléter l'analogie, l'ivresse poussée à ses dernières limites donne la mort. Donc à l'intensité et à la durée de l'action près, *les anesthésiques et les liqueurs alcooliques agissent d'une manière analogue.*

Si donc on considère d'une manière philosophique les phénomènes produits par les anesthésiques, il n'est pas possible de méconnaître qu'une substance qui abolit la sensibilité, cette avant-garde qui veille à la conservation de la vie, doit être éminemment toxique et peut amener la mort (2).

1° *De l'asphyxie.* — Suivant M. Maisonneuve, on peut l'observer au début chez les malades qui, pleins de confiance, aspirent trop vite et trop largement les vapeurs anesthésiques. Dans cette variété d'asphyxie, la sidération est instantanée, les lèvres deviennent bleues, les membres flasques ; le malade mourrait, si des soins immédiats n'étaient administrés.

Cette proposition renferme une confusion des phénomènes de l'asphyxie avec ceux de l'empoisonnement par le chloroforme aspiré en trop grande quantité. L'asphyxie, pour se produire, exige l'insuffisance de l'air, ou son absence complète. Or, l'air est bien diminué, mais non suffisamment pour produire l'asphyxie.

2° *L'asphyxie dans la période dite d'excitation*, admise par M. Maisonneuve, est contestée par M. A. Robert, qui voit encore un empoisonnement dans les accidents dont parle M. Maisonneuve.

3° Une troisième espèce d'asphyxie a été signalée par M. Bouisson, de Montpellier (3). « Elle est due, dit-il, aux sécrétions bronchiques exagérées qui oblitèrent les tuyaux bronchiques sans que la muqueuse anesthésiée avertisse de ce danger. » Dans ce cas, il suffit d'un peu d'attention pour éviter de prolonger les inhalations. On n'observe pas la mort à la suite de cet accident, il paraît toujours possible d'en prévenir les effets par la prudence.

4° *De la syncope.* — Les accidents qui s'y rattachent sont plus communs et plus fâcheux que ceux que les auteurs font naître de l'asphyxie.

La syncope par émotion, en présence de toute opération chirurgicale, chez les personnes nerveuses, doit être mise hors de cause.

La syncope par chlorose dont les causes sont seulement mises en jeu par les premières inhalations de chloroforme, constitue une variété à part, facile à distinguer, et d'où naissent des contre-indications dans l'emploi ou des indications dans le traitement des accidents du chloroforme.

La syncope par hémorrhagie se préjuge à sa cause, elle a donc son cachet distinctif comme les autres.

Le danger de ces syncopes est bien moindre que celles de l'empoisonnement.

(1) V. Racle, *De l'alcoolisme*, thèse pour l'agrégation, 1860.

(2) A. Robert, *Conférences de clinique chirurgicale*, faites à l'Hôtel-Dieu, 1860.

(3) *Traité de la méthode anesthésique appliquée à la chirurgie et aux différentes branches de l'art de guérir*. Paris, 1850.

La *syncope ordinaire* cède au *traitement* vulgairement usité contre elle, parce que les téguments ont conservé leur impressionnabilité ; on peut avec avantage les stimuler.

La *syncope chloroformique*, au contraire, plus complète, née sous l'influence de deux causes et même d'un plus grand nombre, est plus brusque dans son invasion, plus instantanée dans sa marche et ses progrès, puisqu'en un moment la vie est presque éteinte, et enfin, par-dessus tout, son traitement est d'une difficulté extrême, puisque l'anesthésie des téguments rend les révulsifs impuissants.

En outre, la syncope ordinaire trouve en elle-même une guérison, une suppression de sa cause : avec elle l'émotion, la position verticale, etc., cessent ; au contraire, la *syncope chloroformique est entretenue, même après la suspension des inhalations* : c'est que le sang demeure encore quelque temps chargé des vapeurs anesthésiques, et son cours étant suspendu, il n'en demeure pas moins en contact avec des tissus, avec le cerveau et surtout avec le cœur, dont il stupéfie l'énergie vitale.

L'élimination du chloroforme se fait cependant avec une rapidité extrême, il s'évapore à la surface des cellules pulmonaires, et probablement par les autres voies d'excrétion.

La *syncope ou la mort chloroformique consécutive ou tardive* est celle qui survient quand depuis plus ou moins longtemps les inhalations ont été suspendues ; le malade est revenu à lui-même depuis quelques heures, et tout à coup on le trouve mort dans son lit ou dès qu'il se lève. Puis, à l'autopsie, tous les organes sont gorgés de sang, les cavités cardiaques remplies d'un sang mélangé de gaz, et les poumons emphysémateux.

La mort par emphysème et par pénétration d'un gaz dans les vaisseaux veineux semblerait donc admissible dans ce cas, mais M. Robert s'élève contre cette interprétation. La surexcitation nerveuse la plus violente avait frappé les malades atteints de syncope tardive, vraisemblablement ils ont succombé au collapsus mortel qui peut suivre les surexcitations violentes.

5° *De la sidération.* — Si rapide que soit encore la syncope, il est des cas où le malade succombe plus rapidement encore. Ainsi l'inhalation est bien tolérée par un sujet, son action est modérée, la respiration libre, le pouls naturel ; tout à coup, sans signes précurseurs, le pouls cesse de battre, la respiration ne tarde pas à s'arrêter, le visage est pâle, les pupilles dilatées, il est mort. Dans la syncope ordinaire, ces symptômes sont des avertissements qui permettent d'intervenir à temps.

Dans la sidération, au contraire, l'organisme est mortellement frappé tout d'un coup par la paralysie du cœur. Cette explication est complétée par la suivante, c'est que le chloroforme, tout en supprimant la douleur, n'en laisse pas moins persister le retentissement du traumatisme sur l'économie. Ce retentissement, joint à l'affaissement anesthésique, peut amener une syncope grave ou la mort que le chloroforme n'eût pas produites à lui seul. M. Robert attribue toute la puissance toxique du chloroforme à son action hyposthénisante sur le cœur, qui se trouve tout à coup paralysé dans ses mouvements, d'où, suivant la rapidité et la régularité de cette action, les divers degrés de la syncope et de la sidération.

es susceptibilités individuelles et la différence d'énergie vitale que pré-

ent les sujets ne mettent pas à l'abri des accidents toxiques, même au milieu de précautions les plus vigilantes.

## § II. — Anatomie pathologique.

Les bulles de gaz dans le cœur et les gros vaisseaux avec ou sans emphysème pulmonaire ; ou bien toutes les lésions de l'asphyxie ; un état gras ou flasque du cœur. Les lésions n'expliquent pas nettement la manière dont survient la mort ; l'atrophie du cœur demeure seule vraisemblable.

*Comment combattre l'influence toxique du chloroforme et comment la prévenir ?*

Le mode d'administration est important. M. Robert préfère les instruments au choix. On mélangera une grande quantité d'air aux vapeurs de chloroforme, surtout au début.

On considérera comme *raisons de précautions et d'exclusion* : la faiblesse, quelle soit due à l'âge insuffisant, ou trop avancé, ou au tempérament, ou à des hémorrhagies, ou à des pertes de sang, l'asthme, les affections du cœur, les plaies profondes graves, les plaies par armes à feu, et généralement celles qui frappent le système nerveux de cet épuisement qui suit toute commotion traumatique, l'obésité expose à la dyspnée de cause abdominale et à la surcharge graisseuse du cœur, par suite, à la faiblesse de ses contractions.

La nature de l'opération pratiquée exclut le chloroforme quand elle expose à un saignement de sang dans les bronches, celles qui sont longues, comme les ligaments d'artères, parce que le malade a besoin de sa sensibilité pour sentir la pression du sang qui menace d'oblitérer ses bronches, ou pour avertir le chirurgien qu'il pince un nerf et non l'artère cherchée. De même pour les hernies étranglées, car elles épuisent déjà le système nerveux par leurs douleurs énervantes.

Les conditions actuelles sont la *vacuité de l'estomac*, les vêtements et surtout ceux du cou déliés, la position du malade horizontale.

Enfin on combattra les accidents actuels : l'amas des mucosités dans les voies respiratoires, le spasme du larynx, la chute de la langue sur la glotte, l'agitation violente et l'emphysème qu'elle produit. Tous exigent la suspension immédiate des manœuvres, et en outre les manœuvres suivantes :

1° L'aération, l'air que le malade respire étant plus ou moins imprégné de vapeurs de chloroforme ;

2° La position horizontale ;

3° Ranimer la respiration. C'est là le point principal, puisque nous n'avons pas d'action directe sur le cerveau ; on arrivera à réveiller la respiration par les pressions cadencées, par l'électricité, par l'insufflation bouche à bouche, par l'insufflation au moyen d'un tube laryngien. M. Robert rejette l'usage du tube laryngien, parce qu'il est d'une introduction difficile, et n'hésite pas à dire que l'insufflation bouche à bouche ne sert à rien, parce que la plus grande partie de l'air insufflé se dirige dans l'œsophage, et celui qui pénètre dans les bronches est incapable de vaincre la résistance des parois de la poitrine immobilisées.

4° La trachéotomie est bien longue, mais préférable à l'insufflation bouche à bouche.

5° On attirera la langue hors de la bouche avec le doigt ou avec un crochet, parce qu'elle tombe sur l'orifice de la glotte.

6° L'électricité n'est véritablement utile que dans les premiers instants qui succèdent à l'arrêt de la respiration, mais la succession des parois suffirait alors. Mais il n'y a rien à attendre de l'électricité dans les cas de sidération du cœur.

7° Les *révulsifs* cutanés sont peu utiles, sans qu'il faille les exclure cependant. Tous ces moyens sont bien insuffisants, leur valeur est dans la rapidité de leur emploi.

M. Chassaignac (1) conseille d'obtenir toujours avant d'opérer ce qu'il nomme la *tolérance anesthésique* ; pour cela, il commence l'inhalation avec les précautions signalées par M. Sédillot et universellement adoptées. La *période d'agitation* survient, il la laisse passer en continuant l'inhalation, et le malade arrive à la *période de collapsus*. Aussitôt que cet état commence, il suspend complètement l'inhalation ; il attend que la respiration et le pouls se régularisent, et que le sujet soit plongé dans ce *sommeil paisible* qui succède de lui-même à l'excitation et au collapsus.

M. Chassaignac affirme que, lorsque le malade est arrivé à cette période, il ne court aucune espèce de danger, quel que soit le temps pendant lequel elle se prolonge : c'est la période de tolérance. Arrivés à cet état de saturation, les malades se maintiennent dans l'anesthésie avec des quantités minimales de chloroforme ; au même temps ils conservent leur état de tolérance et sont à l'abri de tout danger.

Cet état de tolérance rencontre cependant des obstacles, quelques sujets n'y peuvent parvenir et sont pour ainsi dire réfractaires, on n'obtient d'eux que les deux autres états : l'excitation et le collapsus. L'état moyen, la tolérance, paraît ne pas exister pour eux.

Le moyen le plus propre à modérer les périodes d'excitation et de collapsus, à éviter leurs dangers et à obtenir presque d'emblée la tolérance, c'est de procéder à l'exhalation avec lenteur, graduation et ménagement.]

#### DE L'ÉTHER.

[L'éther apporte dans le système nerveux un trouble et une excitation qui se traduisent par des mouvements désordonnés. Ces troubles graves surviennent quand l'intelligence est abolie, mais avant que l'insensibilité soit produite. Cet agent est donc dangereux sans être bien profitable. L'insensibilité est si légère quand elle arrive, que les premières incisions de l'opération ont le plus souvent suffi pour faire renaître la sensibilité au milieu des convulsions.

L'éther produit un empoisonnement moins violent que celui du chloroforme ; celui-ci est hyposthénisant et donne de la cardialgie avec tendance à la syncope, l'éther ne produit rien de semblable. Cependant il y a des cas de mort par l'éther.

M. A. Robert conseille de mélanger l'éther au chloroforme.

Les accidents de l'éther seront utilement combattus par les moyens usités contre ceux du chloroforme.]

(1) *Recherches cliniques sur le chloroforme*, Paris, 1853.

## DE L'AMYLÈNE.

[L'amyène n'a pas survécu aux premières expérimentations ; elles ont suffi pour faire rejeter. La fétidité extrême de ses vapeurs, sa volatilité qui le rend difficile manier, son action très prompte, mais très courte dans sa durée, la congestion lente qu'il détermine dans les centres nerveux, traduite par des contractions et des convulsions, les cas de mort qu'il a déjà causés, justifient l'exclusion de cette substance.

Sa qualité d'anesthésique permettait de prévoir les accidents qu'il a causés et que l'on combattait par les moyens déjà signalés.]

## ARTICLE V.

## EMPOISONNEMENT PAR LE SULFURE DE CARBONE.

[M. le docteur Delpech (1), dans un mémoire par lui présenté à l'Académie de médecine, a développé les résultats de ses recherches à ce sujet. Nous lui devons les détails qui suivent.

Les ouvriers en caoutchouc sont les victimes habituelles du sulfure de carbone. On en fait usage pour dissoudre le caoutchouc, pour souder ensemble des plaques de gomme élastique.

Le sulfure de carbone se volatilise à l'air libre et exhale des vapeurs nauséabondes rapidement insupportables et malfaisantes.

Voici le résumé des troubles qu'il produit sur l'intelligence, la sensibilité générale ou spéciale, la génération, la motilité, la digestion, la circulation et les organes respiratoires et sécréteurs.

## § I. — Symptômes.

*Troubles intellectuels.* — La mémoire est profondément altérée, les malades oublient les détails de leur profession, ils cherchent les mots les plus usuels. Le caractère devient extrêmement irritable ; l'excitation du jour se maintient la nuit sous forme d'insomnie, puis enfin la torpeur succède à l'irritation.

La sensibilité générale est médiocrement altérée. Céphalalgies, vertiges, douleurs dans les membres, fourmillement général, amaigrissement, hyperesthésie plus ou moins, telles sont les altérations qu'elles présentent.

Les organes des sens spéciaux sont profondément influencés. On observe de la nausée, de la surdité, des troubles de l'odorat et du goût accusant partout et à tout l'odeur du sulfure de carbone.

Les fonctions génératrices languissent et sont quelquefois presque anéanties, et cela dans les deux sexes.

1) *Mémoire sur les accidents que développe chez les ouvriers en caoutchouc l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur*, mémoire lu à l'Académie de médecine, 15 janvier 1856. — On consultera avec intérêt, dans le *Traité d'hygiène industrielle* de M. Maxime Vernois, l'article consacré à ce liquide (t. II, p. 462).

Les *altérations de la motilité* sont graves et variées. Tantôt elles revêtent forme toxique : roideur marquée des doigts, des membres thoraciques, crampes douloureuses ; tantôt la forme *clonique* : mouvements involontaires des paupières ; d'autres fois c'est l'*anéantissement progressif* de la puissance musculaire, début en général par les membres inférieurs, d'où la démarche de l'ivresse, l'impossibilité de monter ou descendre, la difficulté de serrer et même de saisir les objets avec la main. La contraction musculaire est *tremblotante* et se traduit dans chaque muscle par des palpitations fibrillaires. Les *extenseurs* des doigts présentent plus haut degré toutes les altérations précédentes. Les *supinateurs* sont souvent atteints.

L'*atrophie musculaire* survient enfin sans que l'excitabilité électrique soit perdue.

*Troubles digestifs.* — L'anorexie poussée jusqu'au dégoût, les nausées, le vomissement alimentaire ou bilieux, les *coliques* sans constipation ni diarrhée constante, la fétidité des gaz et des matières stercorales exhalant l'odeur du sulfure de carbone, tels sont les troubles principaux que présente le tube digestif.

La *respiration* n'offre rien de notable, si ce n'est l'haleine qui offre l'odeur du sulfure de carbone. De même pour la *circulation*.

Les *sécrétions urinaires* ont l'odeur du sulfure de carbone ; l'urine est rouille brun quand on la traite par les alcalis caustiques. Les sels de chaux sont abondants.

La *cachexie* enfin couronne l'empoisonnement lent qui mine les malades.

## § II. — Marche, terminaison.

Tantôt le *début* est brusque et se manifeste par des symptômes d'ivresse, tantôt lent et progressif. Ces deux modes de développement se rattachent à deux formes : la *forme aiguë* et la *forme chronique* ; la seconde est de beaucoup plus fréquente.

L'*invasion* est variable dans ses rapports avec l'influence toxique, elle éclate quelquefois dès les premiers jours de l'exposition aux vapeurs malfaisantes, ailleurs elle tarde plusieurs années.

On ne connaît pas d'exemple de mort ; l'extrême volatilité du poison explique les améliorations rapides qui surviennent quand la cause a été éloignée quelque temps.

## § III. — Pronostic.

Il est très *fâcheux* si l'on considère l'ensemble des perturbations des fonctions physiologiques ; il est moins *grave* si l'on envisage la *lenteur* habituelle des accidents, la brusque terminaison funeste, la possibilité de la *guérison* par la simple hygiène ; il s'aggrave avec le nombre des rechutes.

## § IV. — Étiologie.

Ce n'est pas le carbonate de plomb mélangé quelquefois au caoutchouc dans certains procédés de vulcanisation qu'il faut accuser, c'est l'évaporation du sulfure de carbone, son influence toxique mise en jeu par le défaut d'aération chez les ouvriers en chambre. En effet, dans les grands ateliers, les accidents sont rares, même dans les fabriques à l'air libre.



La démonstration de l'influence des vapeurs de sulfure de carbone résulte de ses effets mortels sur les oiseaux ou les mammifères exposés artificiellement ou dans les expériences à la volatilisation de ce liquide.

Les ouvriers sont presque tous des *adultes*. Les enfants accidentellement exposés sont rapidement malades ; de même pour les vieillards.

L'*ivrognerie* prédispose beaucoup à l'empoisonnement. Le défaut d'aération des ateliers, l'habitation jour et nuit dans la chambre où se fait le travail, toutes les opérations qui nécessitent dans les ateliers une coopération considérable de sulfure de carbone, telles sont les principales causes des accidents.

### § V. — Diagnostic.

L'analogie dans les symptômes engage à rapprocher et à différencier des accidents dus au sulfure de carbone : l'intoxication alcoolique chronique, les empoisonnements par le plomb, par le mercure, par les gaz résultant de la combustion du charbon, par le gaz de l'éclairage, par le chloroforme, par certaines essences et encore la paralysie générale commençante et l'atrophie musculaire progressive. L'intoxication alcoolique chronique peut se rencontrer chez les ouvriers exposés au sulfure de carbone.

Mais, en comparant ces affections avec celles dont il s'agit ici, on trouve que les troubles profonds de la *digestion* manquent dans la *paralysie générale* et l'*atrophie musculaire* ; que les *convulsions épileptiformes* et la *constipation* de l'*intoxication saturnine* manquent à l'empoisonnement par le sulfure, aussi bien le *délire*, si constamment observé dans l'*intoxication alcoolique*.

Les *vapeurs de charbon* produisent des paralysies, c'est un point de contact avec la paralysie due au sulfure de carbone ; les complications respiratoires et la perte de connaissance font des différences tranchées ; on ne connaît pas l'effet de l'action prolongée du chloroforme, l'anesthésie due au sulfure n'a jamais été bien constatée.

### TABEAU DES CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DE CES AFFECTIONS.

#### EMPOISONNEMENT PAR LE SULFURE DE CARBONE.

Délire absent.  
Pas d'hallucinations.  
Simple faiblesse musculaire.  
Frigidité génératrice absolue.

#### SULFURE DE CARBONE.

Diarrhée fréquente.  
Pas de délire.  
Simple somnolence.  
Contraction musculaire tremblotante.  
Irritabilité électrique conservée dans les muscles paralysés.

#### SULFURE DE CARBONE.

Pas de stomatite.

#### INTOXICATION ALCOOLIQUE CHRONIQUE.

Délire bien caractéristique.  
Hallucinations véritables.  
Tremblement choréiforme.  
Simple amoindrissement des facultés génératrices.

#### INTOXICATION SATURNINE.

Constipation constante.  
Encéphalopathie délirante.  
— comateuse.  
Convulsions épileptiformes.  
Irritabilité non conservée.

#### INTOXICATION MERCURIELLE.

Stomatite.

**EMPOISONNEMENT PAR LE SULFURE DE CARBONE.**

Odeur spéciale des vapeurs intolérable.

Évanouissement très rare.

**SULFURE DE CARBONE.**

Pas de bégayement.

Pas de délire.

Simple faiblesse des jambes.

Anorexie, nausées, vomissements.

Guérison par l'éloignement des causes.

**SULFURE DE CARBONE.**

Muscles affaiblis avant l'atrophie.

Troubles digestifs.

Céphalalgie.

Membres inférieurs les premiers envahis.

**EMPOISONNEMENT PAR LES GAZ RÉSULTANT DE LA COMBUSTION DU CHARBON.**

L'odeur n'est pas nauséabonde, elle peut passer inaperçue.

Perte de connaissance absolue.

**PARALYSIE GÉNÉRALE COMMENÇANTE.**

Bégayement.

Délire ambitieux.

Marche cadencée.

Absence de troubles digestifs.

Incurabilité absolue.

**ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE.**

Muscles atrophiés avant l'affaiblissement.

Pas de troubles digestifs.

Pas de céphalalgie.

Prédilection pour le membre supérieur droit.

**§ VI. — Nature, classification.**

Les symptômes sont ici coïncidemment sous la dépendance des vapeurs toxiques qui pénètrent dans le sang. Les troubles digestifs tiennent peut-être à la fétidité du gaz, mais les troubles nerveux procèdent évidemment de l'empoisonnement général.

Il s'agit donc ici d'une *névrose par intoxication*.

Les globules du sang diminuent; l'atrophie musculaire observée à la longue tient aux troubles de nutrition.

**§ VII. — Traitement.**

Voici les mesures hygiéniques préventives à consacrer : 1° soustraire le malade aux causes d'intoxication; 2° rétablir la santé générale; 3° faire disparaître les accidents spéciaux.

1° L'ouvrier abandonnera sa profession s'il est possible, ou tout au moins la pratique des opérations qui l'exposent au sulfure de carbone. Son habitation sera bien aérée; exercice au grand air; éviter les excès alcooliques.

2° Alimentation animale pour combattre la tendance prochaine à l'atrophie des muscles; stimuler les fonctions de la peau; exciter les sécrétions intestinales. Plus tard les ferrugineux, si l'anémie ou même la cachexie se prononcent.

3° Réveiller l'action nerveuse; stimulants; préconiser la médication strychnique (noix vomique, fève de Saint-Ignace, strychnine, brucine, rhus toxicodendron); joindre à ces moyens l'électricité, appliquée directement sur les muscles paralysés. Ce traitement s'adressera surtout aux accidents nerveux : faiblesse musculaire, paralysie, anaphrodisie.

L'hygiène publique interdira aux ouvriers en chambre l'emploi du sulfure de carbone; ce liquide ne devra pas être employé au moins en grande quantité dans des logements dépendants de maisons habitées. Autant que possible les fabriques, les ateliers, seront établis dans des lieux écartés des habitations; ils seront ventilés.

sinon disposés en plein air. Les appareils seront visités pour prévenir les fuites possibles. Les vases qui renferment le sulfure seront hermétiquement fermés; on substituera la chaleur au sulfure de carbone pour ramollir le caoutchouc. Le poids spécifique des vapeurs du sulfure les entraîne dans les couches inférieures des ateliers; que leurs planchers soient à claire-voie, les vapeurs gagneront les parties déclives.

Les enfants ont un système nerveux très impressionnable, ils seront exclus des ateliers.

Les *ouvriers* seront logés loin de l'atelier; une extrême propreté, des lavages répétés, leur seront conseillés. Enfin ils changeront d'atelier tour à tour, afin d'éviter périodiquement ceux où se dégagent les vapeurs toxiques.]

## ARTICLE VI.

### EMPOISONNEMENTS EN GÉNÉRAL.

L'étude des empoisonnements est vaste et compliquée; les travaux d'une importance majeure, entrepris depuis le commencement de ce siècle, ne peuvent pas encore être résumés de manière à satisfaire toutes les exigences de la science; il faut nécessairement que le médecin qui veut bien connaître tout ce qui se rapporte à la toxicologie descende dans les détails de ces ouvrages et les étudie avec soin. Aussi notre intention n'est-elle pas de donner ici une histoire complète des empoisonnements. Nous indiquerons les cas principaux dans lesquels le médecin, se trouvant appelé pour des accidents graves et brusques produits par les substances toxiques, a besoin d'avoir présents à l'esprit un certain nombre de préceptes d'une application immédiate.

Nous allons poser les problèmes qui doivent être promptement résolus par le praticien appelé auprès d'une personne empoisonnée; la division de cette partie de l'ouvrage en découlera naturellement.

Le médecin appelé auprès d'une personne empoisonnée doit : 1° reconnaître quelle est la nature du mal ingéré : de là la nécessité de quelques expériences et de quelques observations sans lesquelles le traitement pourrait être non-seulement inutile, mais nuisible; 2° juger, d'après les symptômes et les autres circonstances, s'il faut évacuer le poison, insister sur l'administration des contre-poisons, ou avoir recours au traitement des symptômes consécutifs; 3° appliquer le traitement qui convient aux désordres consécutifs occasionnés par les substances toxiques.

Plénck (1), Brodie (2), J. Frank, Fodéré, Chaussier, etc., nous ont laissé des recherches utiles sur ce sujet, si important; mais c'est à Orfila (3) que sont dues les premières recherches complètes, et qu'il faut rapporter l'honneur d'avoir établi sur les bases solides d'une méthode expérimentale, plus généralement et plus habilement appliquée qu'on ne l'avait fait avant lui, la science toxicologique. Dans

(1) *Toxicologia*. Vienne, 1801.

(2) *Trans. phil.*, 1811-12.

(3) *Toxicologie générale*, 5<sup>e</sup> édit. Paris, 1852, 2 vol. in-8. — *Traité de médecine légale*, Paris, 1842, 4 vol. in-8.

ces dernières années, de nombreux et intéressants travaux dus à MM. Briand (1), Devergie, Flandin et Danger, Bouchardat, Mialhe, Chevalier, Orfila et Tardieu, sont venus jeter une nouvelle lumière sur quelques-uns des points obscurs et non suffisamment étudiés qui restaient encore (2). Ce que nous allons dire ne sera qu'un extrait succinct de ces travaux auxquels on ne saurait trop engager de recourir, car il s'agit des questions les plus délicates que le médecin ait à résoudre.

#### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES EMPOISONNEMENTS.

Il résulte de ce que nous avons dit des *intoxications*, que nous réservons le nom d'*empoisonnement* proprement dit aux accidents immédiats, et généralement rapides, qui résultent de l'ingestion ou de l'absorption d'un poison. Nous n'attachons pas à cette division d'autre importance que de séparer les accidents chroniques des accidents aigus pour lesquels il faut se décider promptement, et qu'il est utile de grouper.

Lorsqu'on est appelé auprès d'un homme empoisonné, on a d'abord à rechercher quelle est la *nature du poison* ; mais c'est un point que nous ne devons pas traiter ici, parce que les divers genres de poisons donnent lieu à des phénomènes particuliers. Il faut les étudier séparément sous ce point de vue.

Il est un certain nombre de signes généraux qui peuvent faire soupçonner, *mais seulement soupçonner* l'empoisonnement. M. Dorvault (3) les résume comme il suit :

*Signes généraux de l'empoisonnement.* — « On devra soupçonner un empoisonnement toutes les fois que le malade se plaindra d'une odeur nauséabonde et infecte, ou d'une saveur désagréable, acide, alcaline, âcre, d'une chaleur brûlante dans le gosier et l'estomac ; que la bouche sera sèche ou écumeuse ; que les lèvres et les gencives seront livides, jaunes, blanches, rouges ou noires ; qu'il y aura des rapports, des nausées, des vomissements plus ou moins fréquents de matières muqueuses, bilieuses ou sanguinolentes, blanches, jaunes, vertes, bleues, rouges, bouillonnant sur le carreau, rougissant ou verdissant la couleur de tournesol ; qu'on observera des hoquets, de la constipation ou des déjections alvines plus ou moins abondantes ; que le pouls sera fréquent, petit, serré, irrégulier, la soif ardente, la respiration difficile ; que les sueurs seront froides, l'émission des urines difficile. On tiendra compte encore de l'altération de la physionomie, de la couleur pâle, livide ou plombée de la face, de la perte de la vue et de l'ouïe, de l'état des yeux, de l'agitation générale, de l'altération de la voix. »

Orfila divise les poisons en quatre grandes classes ainsi qu'il suit : 1° *poisons irritants*, 2° *poisons narcotiques*, 3° *poisons narcotico-âcres*, 4° *poisons septiques ou putréfiants*. Dans la *première classe* nous trouvons, parmi les *minéraux*, les préparations mercurielles, arsenicales, antimoniales ; les préparations de cuivre.

(1) *Manuel complet de médecine légale*, suivi d'un *Traité de chimie légale*, par H. Gaultier de Claubry, 6<sup>e</sup> édit., 1858.

(2) C'est surtout dans la collection des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (Paris, 1829 à 1860) que se trouve la plus grande masse des faits propres à éclairer les médecins appelés à faire des rapports devant les tribunaux.

(3) *L'officine*. Paris, 1858, p. 715.

l'étain, de zinc, d'argent, d'or, de bismuth, de plomb; les acides et les alcalis concentrés; les sulfures alcalins; le phosphore; l'iode, etc. Les *substances animales* ont les *cantharides* et d'autres insectes vésicants; et dans les *substances végétales* on trouve: les *ellébores*, la *bryone*, la *coliquinte*, les *euphorbes*, les *anémones*, les *renoncules*, le *colchique*, etc., etc. La *deuxième classe* contient: l'*acide cyanhydrique*, la *morphine*, l'*opium*, la *jusquiame*, etc., etc. Dans la *troisième classe* se trouvent les *strychnines*, la *digitale*, le *seigle ergoté*, la *ciguë*, les *champignons*, le *amphre*, etc. Enfin, dans la *quatrième classe* nous voyons les venins des animaux dont nous avons déjà parlé, les *matières putréfiées*, l'*hydrogène sulfuré*, etc.

Le poison étant reconnu, le médecin a à remplir plusieurs indications qui ont été très bien posées par M. Bouchardat (1), auquel nous empruntons le passage suivant :

#### INDICATIONS A SUIVRE.

• Le poison étant reconnu, la première indication à remplir est, dit-il, de l'*évacuer*. On emploie pour cela les *émétiques*, les *éméto-cathartiques*, les *purgatifs* et la *sonde œsophagienne*, ou bien l'appareil suivant imaginé par M. Honoré Gay (2).

• Ce médecin réunit deux sondes œsophagiennes, de manière à n'en former qu'une seule d'une très grande longueur, à l'aide d'un tube de verre long de 8 centimètres, qui entre à frottement dans ces sondes, de 3 centimètres de chaque côté, sur lequel on fixe très exactement les deux sondes par quelques tours de cordonnet plat, de sorte que l'air ou le liquide ne puisse trouver un passage. Chaque sonde a 70 centimètres de longueur et 8 millimètres de diamètre intérieur dans toute son étendue; ces sondes n'ont pas de pavillon. L'une d'elles offre trois orifices à son bec: un terminal, deux latéraux alternes et très rapprochés du dernier; ces orifices ont un diamètre un peu moindre que celui de la sonde elle-même; l'autre n'a au contraire qu'une ouverture inférieure terminale.

• Pour faire usage de cet appareil, on introduit la sonde par l'extrémité à trois orifices inférieurs, préalablement recouverte d'huile, dans la bouche, l'arrière-bouche, l'œsophage, et même assez avant dans l'estomac. La sonde introduite, on relève l'extrémité extérieure, assez seulement pour que son ouverture soit au-dessous de la bouche du malade; on verse alors le liquide destiné à laver l'estomac à l'aide d'un entonnoir à douille très courte. S'agit-il de vider l'estomac, l'entonnoir étant encore plein ainsi que le tube, on comprime fortement l'orifice de la sonde, immédiatement au-dessous de la douille de l'entonnoir, entre le pouce et l'index d'une main, pour s'opposer à la chute du liquide, et au même instant on laisse vivement la sonde, tandis que, de l'autre main, on enlève l'entonnoir. Cette manœuvre détermine l'amorçement du siphon et l'évacuation instantanée du liquide.

• La seconde indication, c'est d'*administrer le contre-poison*. La troisième indication, c'est de prodiguer à l'empoisonné les *soins médicaux* que réclame son état, et qui se divisent en soins généraux qui conviennent à tous les empoisonnements et en médications propres à chaque empoisonnement en particulier.

(1) *Annuaire de thérapeutique*. Paris, 1847.

(2) *Abolite médicale*, décembre 1847.



» 1° Pour évacuer le poison, on a le plus souvent recours au *tartre stibié*; on donne 5 centigrammes d'émétique dissous dans un demi-verre d'eau; on répète cette dose trois ou quatre fois à quelques minutes d'intervalle; on fait boire beaucoup d'eau tiède, et il est souvent à propos de favoriser le vomissement par la titillation de la luette. Si l'on n'a pas d'émétique, on peut le remplacer par 20 centigrammes de *sulfate de cuivre* dissous dans deux cuillerées d'eau; on répète cette dose; quelquefois ce vomitif est préférable, parce qu'il agit plus rapidement.

» Quand le poison est insoluble, et qu'on peut penser avec raison qu'il a franchi l'estomac et qu'il se trouve dans l'intestin grêle, on doit préférer un *émétocathartique*. On fait dissoudre 20 centigrammes de *tartre stibié*, et 60 grammes de *sulfate de soude* ou de *magnésie* dans un litre d'eau, et l'on administre rapidement par verrées. On a conseillé encore assez souvent, dans les empoisonnements par les substances végétales nuisibles, d'administrer de fortes solutions de *sel marin*, qui agissent comme émétocathartiques : 50 grammes de sel marin par litre d'eau. Ce moyen peut être infiniment précieux; car on a toujours du sel sous la main, et l'on ne saurait administrer trop tôt un évacuant.

» Quand le poison a été pris sous forme de lavements, et qu'il est parvenu dans le gros intestin, il faut avoir recours aux *lavements purgatifs*. Celui qu'on doit préférer dans ces conditions doit être préparé avec 20 grammes de *séné*, 50 grammes de *sulfate de soude*, 500 grammes d'eau; ce lavement convient infiniment mieux que les drastiques plus énergiques, dont l'action est plus lente, et que j'ai vu souvent prescrire sans succès. Lorsqu'on ne fait pas apparaître les vomissements à l'aide des émétiques, il est convenable, quand le poison est encore dans l'estomac, d'introduire dans cet organe une sonde œsophagienne, à laquelle est adaptée une pompe aspirante.

» 2° Le contre-poison est pour moi la substance qui forme une combinaison insoluble ou inoffensive avec la partie active du poison ingéré. Il est quelques règles générales sur l'emploi des contre-poisons que nous allons rappeler. Autant que faire se pourra, il faut donner la préférence à un contre-poison d'une complète innocuité, et qu'on puisse se procurer immédiatement partout. Il faut, en général, administrer le contre-poison en quantité beaucoup supérieure à celle qui est strictement nécessaire pour opérer la neutralisation chimique du poison, et cela par plusieurs raisons : en effet, le contre-poison pourra être rejeté presque aussitôt son administration, et, dans les cas les plus heureux, on doit considérer que la plupart des combinaisons insolubles ne le sont qu'à la limite, et elles ne le sont que relativement; puis, comme il faut une action rapide, une grande masse de contre-poison sera beaucoup plus efficace pour envelopper de toute part le poison, et pour déterminer la prompt formation de la combinaison insoluble ou inoffensive.

» Il est plusieurs contre-poisons qui, quoique formant avec les poisons des combinaisons extrêmement peu solubles dans l'eau, ne sont cependant pas d'une complète efficacité; ces combinaisons, avec le temps, peuvent être lentement dissociées dans l'appareil digestif, et amener la continuité des accidents. Il convient, dans ces cas, d'insister sur la médication évacuante après l'administration du contre-poison.



» *Quand le poison a pu traverser l'estomac et pénétrer dans l'intestin grêle, toutes choses égales d'ailleurs, il faut préférer un contre-poison insoluble à un contre-poison soluble dont l'effet pourrait se limiter à l'estomac.*

» 3° Un empoisonnement est une maladie déterminée par une cause connue; il faudra la combattre par tous les moyens rationnels, dont l'expérience a constaté l'efficacité. Dans presque tous, pour ne pas dire dans tous les empoisonnements, la mort arrive par suite de troubles considérables qui se manifestent dans les grands appareils de la circulation et de la respiration. Il faudra donc surveiller ces fonctions, dont l'exercice continu est indispensable au maintien de la vie, et mettre tout en œuvre pour qu'elles ne se suspendent pas, même momentanément; car cette suspension prolongée, c'est la mort.

• *On ranime la circulation en réchauffant la peau à l'aide de couvertures chaudes, de frictions sèches, de boules d'eau tiède, de sinapismes promenés sur divers points; quelquefois il est utile de pratiquer une petite saignée. On facilite la respiration par l'introduction d'un air pur en quantité suffisante, par des pressions alternatives sur les parois du thorax, par des insufflations d'air, par des commotions galvaniques convenablement employées. Quand les organes sécréteurs éliminent facilement de l'économie les poisons absorbés, il est important d'augmenter, s'il est possible, l'activité de ces organes, comme Orfila l'a fait, en recommandant les diurétiques dans les cas d'empoisonnement par les antimoniaux et les arsenicaux, qui sont éliminés par les reins, comme nous l'avons fait en prescrivant les remèdes qui agissent en provoquant l'évacuation de la bile quand les poisons sont séparés par le foie, ce qui arrive à presque tous les poisons minéraux.*

» *Quand le poison est absorbé, il ne peut être facilement et promptement éliminé de l'économie; si l'on ne peut le poursuivre dans le sang avec le contre-poison, il faut avoir recours à des remèdes ou agents dynamiques, dont l'action n'est pas nuisible et peut se substituer à l'action dynamique fâcheuse du poison. C'est ainsi que le café agit dans le cas d'empoisonnement par l'opium.* »

Un pharmacien de Montpellier (1) engage à administrer dans les cas où le poison a été absorbé, et dans lesquels on n'a pu déterminer sa nature, le mélange suivant :

✕ Magnésie calcinée.  
Charbon pulvérisé.

| Sesquioxyde de fer.

De chaque parties égales dans :

Eau . . . . . Q. s.

Cette formule offre d'autant plus de chances d'efficacité qu'elle renferme des antidotes, qui s'appliquent à plusieurs des poisons les plus actifs, et en même temps les plus communs.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 15 janvier 1852.

## ARTICLE VII.

## EMPOISONNEMENT PAR LES ACIDES.

*Signes de l'empoisonnement par les acides.* — « Saveur acide, brûlante, désagréable; chaleur âcre au fond, de la gorge et de l'estomac, puis dans l'abdomen; haleine fétide, soif ardente, hoquet, envies de vomir; vomissements quelquefois mêlés de sang, colorant en rouge la teinture de tournesol et bouillonnant sur le carreau; constipation ou bien selles abondantes, difficulté d'uriner; pouls fréquent et régulier; frissons, sueurs froides, gluantes; face pâle, livide; intérieur de la bouche et des lèvres, noir (*acide sulfurique*), rouge (*acide chlorhydrique*), jaune (*acide nitrique azotique*). »

Souvent les douleurs sont si atroces, qu'elles arrachent des cris, des vociférations; il y a une violente agitation, et, aux approches de la mort, le délire et le coma peuvent survenir.

Lorsque ces premiers symptômes sont un peu calmés, si le poison n'a pas été ingéré en assez grande quantité pour causer rapidement la mort, la fièvre s'allume, les douleurs du tube digestif persistent, quoique à un degré de plus en plus faible; souvent la toux devient fréquente et opiniâtre, et les malades ne se rétablissent que lentement, conservant dans un bon nombre de cas, des traces de la maladie après leur guérison.

*Traitement.* — M. Bouchardat a bien résumé ce traitement dans le passage suivant :

« Dans les cas d'empoisonnement par les acides, le contre-poison seul suffit pour rétablir le malade sans qu'il soit nécessaire de recourir aux évacuants et aux agents substitutifs.

» Tous les auteurs de thérapeutique et de toxicologie prescrivent, pour combattre l'empoisonnement par les acides, l'emploi de la *magnésie*, des *carbonates alcalins*, du *savon*; cela est très rationnel, mais ne suffit pas. Je crois avoir rendu un véritable service en formulant nettement le traitement qu'on doit suivre dans les empoisonnements.

» Il faut d'abord (comme tout le monde l'avait conseillé) administrer de la *magnésie calcinée en excès*, je préfère la *magnésie hydratée*, dont je donnerai plus loin la préparation à propos du travail de M. Bussy sur un contre-poison de l'acide arsénieux (1). Cette terre alcaline réunit de bien précieux avantages; elle est inoffensive, elle est purgative, elle est insoluble, et peut arriver dans l'intestin grêle et y saturer l'acide qui aurait pu y rester; mais son insolubilité la rend insuffisante pour remplir une indication capitale. J'ai prouvé que, dans les cas d'empoisonnement par l'acide sulfurique, cet acide était absorbé, et qu'arrivé dans le sang, il pouvait déterminer la formation de caillots qui arrêtaient la circulation et conduisaient à la mort; il faut donc poursuivre cet acide sulfurique absorbé, et la chose est très facile en administrant, après la *magnésie*, une *substance alcaline soluble* qui, étant rapidement absorbée, va dissoudre les caillots qui commencent à se

(1) Voyez l'article *Empoisonnement par les arsenicaux*.

rimmer. Aucune matière ne convient mieux, à cet égard, que le *bicarbonate de soude*. Il ne faut pas l'administrer avant la magnésie, car le dégagement considérable d'acide carbonique qui suivrait son emploi immédiat pourrait faciliter ces perforations de l'estomac, qui sont tant à craindre dans les cas d'empoisonnement par les acides. La magnésie ne présente point ce danger; il faut d'abord saturer avec elle les acides contenus dans l'appareil digestif. Voici la formule du traitement que j'ai souvent employé dans les cas d'empoisonnement par les acides :

» 1° *Magnésie calcinée, hydratée* : 20 à 50 grammes, délayés dans un litre d'eau.

» 2° Puis, après l'emploi de la magnésie, prescrire abondamment des *solutions de bicarbonate de soude* : 10 grammes de ce sel par litre, voilà une proportion invenable.

» Depuis que je suis à l'Hôtel-Dieu, ce traitement de l'empoisonnement par les acides a été plusieurs fois employé, à mon instigation, dans des cas très graves, et suivi de guérison. On l'a prescrit dans les cas d'empoisonnement par le bleu en liqueur, par l'acide sulfurique étendu de son poids d'eau, et par l'acide nitrique.

» *Nota.* — Il est bien entendu que ce traitement ne peut s'appliquer aux cas d'empoisonnement par des acides dont les sels sodiques sont vénéneux, tels que l'acide arsénique, etc. »

## ARTICLE VIII.

### EMPOISONNEMENT PAR LES ALCALIS ET LES SELS DONT ILS SONT LA BASE

*Signes de l'empoisonnement par les alcalis.* — Saveur âcre, caustique, urticaire; convulsions violentes, douleurs souvent très vives. La matière des vomissements est savonneuse et grasse au toucher, ramène au bleu la teinture de tournesol rougie par les acides, rougit par le papier de curcuma, verdit le sirop de violette; elle ne bouillonne pas sur le carreau. D'ailleurs les autres symptômes sont à peu près semblables à ceux de l'empoisonnement par les acides. Les alcalis caustiques ramollissent la muqueuse buccale et perforent l'estomac.

*Traitement.* — Les moyens de traitement ne s'appliquent pas aussi généralement aux alcalis et à leurs sels qu'aux acides; il faut donc, après avoir exposé le traitement général, entrer nécessairement dans quelques détails

### TRAITEMENT EN GÉNÉRAL.

Donner des acides végétaux étendus d'eau : ainsi, le vinaigre, le citron, l'acide tartrique, dans les cas d'empoisonnement par la potasse et ses composés. La limonade tartrique est, ainsi que le fait remarquer M. Bouchardat, celle qu'on doit préférer, parce que, de tous les sels de potasse, le bitartrate est le plus inoffensif.

On administre ensuite une potion huileuse (huile d'amandes douces), et l'eau sucrée en abondance. Enfin, on a recours aux émollients à l'intérieur et à l'extérieur, et aux sangsues, s'il se développe de violents accidents inflammatoires.

## TRAITEMENT DE QUELQUES EMPOISONNEMENTS EN PARTICULIER.

**Foie de soufre** (sulfure de potasse). — Dans cet empoisonnement, remarquable par l'odeur d'œufs pourris qui s'exhale de la bouche et des narines, les acides, ainsi que le fait remarquer M. Devergie, seraient nuisibles, parce qu'ils mettraient à nu l'acide sulfhydrique, qui est un poison très actif. Il faut donc se contenter, comme le prescrit cet auteur, de faire vomir avec une grande quantité d'eau chaude et de donner une cuillerée de chlore liquide par verre d'eau.

**Baryte et ses composés.** — On doit administrer le sulfate de potasse, de soude ou de magnésie à la dose de 12 grammes par litre d'eau; puis expulser par le vomissement le produit de la neutralisation chimique.

**Ammoniaque liquide et ses composés.** — Donner d'abord un vomitif, puis une grande quantité d'eau, et recourir de nouveau au vomitif.

**Nitrate de potasse.** — Il n'y a pas de contre-poison. Provoquer le vomissement.

## ARTICLE IX.

## EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS MERCURIELLES.

**Signes de l'empoisonnement par les préparations mercurielles.** — Saveur métallique, âcre; sentiment de brûlure et de constriction à la gorge; constriction de l'estomac et des intestins; nausées, vomissements dont la matière ne bouillonne pas sur le carreau, et n'agit pas sensiblement sur le papier de tournesol; rapports fréquents et fétides, hoquet; urines difficiles; douleur et tuméfaction du ventre; déjections alvines assez souvent sanglantes; pouls petit, serré, quelquefois inégal, quelquefois fort. Crampes, froid des extrémités, prostration; décomposition de la face, parfois érection du pénis; inflammation de la bouche et du pharynx, et salivation.

Ces symptômes se rapportent principalement à l'empoisonnement par le deutochlorure de mercure (sublimé corrosif), mais il n'y a pas lieu d'indiquer avec détail les empoisonnements par les autres sels. Ils ne diffèrent, en effet, que par la plus ou moins grande violence des accidents, et la raison en est bien simple: c'est que, comme l'a démontré M. Mialhe (1), une partie de ces sels de mercure introduite dans l'économie est changée en deutochlorure, et que cette partie est la seule active, soit comme médicament, soit comme poison.

**Traitement.** — Nous allons indiquer celui que propose M. Bouchardat; nous joindrons quelques moyens conseillés par d'autres auteurs.

« Orfila a découvert que l'albumine était un excellent contre-poison du sublimé corrosif; en effet, son efficacité a été reconnue dans de nombreuses expériences: c'est une substance d'un emploi fréquent, à la portée de tout le monde, d'une complète innocuité.

• Dès les premiers symptômes qui caractérisent l'empoisonnement mercuriel.

(1) *Art de formuler*. Paris, 1848, p. CLXXIV et suiv.

on fera prendre au malade *quelques verres de blancs et de jaunes d'œufs délayés dans l'eau*. On évitera de donner un grand excès d'albumine, qui, si elle n'était pas vomie, pourrait dissoudre une petite partie du précipité à mesure qu'il se formerait.

» Il sera bon de faire avaler en même temps, ou le plus tôt qu'on pourra s'en procurer, *cinquante grammes de gelée de persulfure de fer, ou dix grammes de fer réduit par l'hydrogène*, dont nous avons, M. Sandras et moi, démontré l'efficacité dans les cas d'empoisonnement par les sels mercuriels.

» Il est indispensable de *favoriser les vomissements et les évacuations alvines par d'abondantes boissons aqueuses ou mucilagineuses*. Cullerier a pu sauver deux cents malades qui avaient pris un excès de sublimé corrosif, en leur faisant avaler à chacun, dans les vingt-quatre heures, *sept à huit litres de lait, de décoction de graine de lin et d'eau tiède*. »

Nous venons de voir que MM. Bouchardat et Sandras ont une grande confiance dans l'hydrate de persulfure de fer ; mais M. Mialhe, dont les expériences ont fait connaître le sulfure de fer hydraté comme le meilleur contre-poison des sels de mercure, regarde la substance recommandée par les deux expérimentateurs précédents comme un protosulfure impur, et pose en principe qu'il faut recourir exclusivement au *protosulfure de fer hydraté*. Ce contre-poison a la sanction d'Orfila, qui a reconnu (1) que le protosulfure de fer anéantit complètement les propriétés vénéneuses du sublimé corrosif, s'il est *administré à dose suffisante immédiatement après l'ingestion de ce poison*, et qu'il est inefficace s'il n'est donné qu'au bout de dix ou quinze minutes.

Il suit de là que l'on doit toujours regarder l'*albumine* comme un contre-poison précieux, parce qu'on peut presque toujours se la procurer plus promptement que le sulfure de fer hydraté.

Voici comment, d'après M. Mialhe, on prépare le protosulfure de fer hydraté :

« On fait dissoudre une quantité quelconque de protosulfate de fer pur dans au moins vingt fois son poids d'eau distillée privée d'air par l'ébullition, et l'on opère la précipitation du sel ferreux au moyen d'une quantité suffisante de sulfhydrate de soude ou d'ammoniaque également dissous dans l'eau distillée non aérée. On lave ensuite, avec de l'eau pure bouillie, le protosulfure obtenu, et on le conserve dans un flacon bouché à l'émeri, plein d'eau distillée. La recommandation doit être exécutée à la lettre, ce composé ayant la plus grande tendance à passer à l'état de sulfate, et non à l'état de persulfure, comme on l'a indiqué dans quelques écrits estimables qui en ont parlé après ma publication. »

Les autres empoisonnements par les sels mercuriels doivent être traités de la même manière ; il n'y a qu'une exception, elle est relative à l'*empoisonnement par le cyanure de mercure*. Dans cet empoisonnement, l'hydrate de protosulfure de fer ne suffit pas ; mais M. Mialhe a trouvé le véritable contre-poison, qui consiste à *ajouter à l'hydrate de sulfure de fer environ le quart de son poids de magnésie calcinée*.

M. le docteur Poumet recommande le *protochlorure d'étain* contre l'empoisonnement mercuriel ; mais Orfila (2) fait remarquer : 1<sup>o</sup> que le protochlorure d'étain

(1) *Journal de chim. méd.*

(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 29 juin 1847, t. XII, p. 831.

est une substance qu'on n'a pas sous la main et qu'on ne peut se procurer qu'au bout d'un certain temps, de telle sorte qu'on peut laisser passer le moment opportun, qui est très court dans l'empoisonnement par le sublimé, par exemple ; 2° que le protochlorure d'étain est lui-même un sel vénéneux, que par conséquent si on l'administre après le moment opportun, on ajoute un poison à un autre poison ; 3° que s'il s'agit d'un autre empoisonnement, tel que l'empoisonnement par l'arsenic, le plomb, le cuivre, on ne peut qu'augmenter le mal. Or le diagnostic n'est pas toujours facile. Ces considérations sont toutes pratiques, et doivent déterminer le praticien à renoncer à la substance proposée par M. Poumet.

Quant au *traitement des accidents consécutifs*, il n'est pas encore parfaitement fixé. Les uns veulent, et c'est la majorité, qu'on s'oppose aux effets irritants par les *antiphlogistiques*, et les autres qu'on emploie les *stimulants* et les *toniques*. Cette dernière médication est fondée sur les idées de contro-stimulisme de l'école italienne, idées théoriques qui ne sont pas suffisamment établies sur les faits, et contre lesquelles Orfila a accumulé les preuves expérimentales.

## ARTICLE X.

### TREMBLEMENT MERCURIEL.

La *salivation mercurielle* doit être rapportée à une intoxication ; mais nous en avons parlé dans un précédent volume (1). Quant à l'*hydrargyrie*, nous avons dit, en décrivant les maladies de la peau, qu'elle n'est autre chose qu'un *eczéma aigu* ; il ne nous reste donc à parler que du tremblement mercuriel.

Les travaux sur cette maladie sont peu nombreux ; les plus importants sont ceux de Mérat (2), et de M. Al. Colson (3).

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

Cette affection, à laquelle on a aussi donné le nom de *tremblement des doreurs*, est caractérisée par des convulsions occupant une plus ou moins grande étendue du corps, sans autre accident remarquable, du moins dans la très grande majorité des cas. Avant l'emploi des moyens prophylactiques mis en usage aujourd'hui, la maladie était très fréquente ; elle l'est devenue moins encore depuis qu'on a découvert les procédés électro-chimiques pour la dorure des métaux (4).

#### § II. — Causes.

L'*absorption du mercure vaporisé* est la cause principale du tremblement mercuriel ; c'est elle qui produit la maladie chez les doreurs sur métaux, les ouvriers

(1) Voy. tome II, *Stomatite mercurielle*.

(2) *Mémoire sur le tremblement des doreurs sur métaux* (Journ. de méd., par Corvisart, 1804, t. VIII, p. 391). — *Traité de la colique métallique*. Paris, 1812.

(3) *Archives gén. de méd.*, 1827, t. XII, XIV, XV.

(4) Vernois, *Traité pratique d'hygiène industrielle et administrative*. Paris, 1860, t. I, p. 586 et 587.



des manufactures de glaces, les chapeliers, les ouvriers qui exploitent les mines de mercure. Plusieurs faits prouvent que l'absorption par d'autres voies peut produire le même effet ; mais cela n'est pas fréquent. M. Colson a rapporté des cas dans lesquels le tremblement est survenu après l'usage de la *liqueur de Van-Swieten*, ou de *frictions* sur la peau. Les infirmiers qui pratiquent ces frictions peuvent eux-mêmes contracter la maladie.

La *malpropreté*, le *froid* et l'*humidité*, paraissent prédisposer à cette affection. On a rangé parmi ses causes les vives *émotions morales*. On a aussi remarqué que le tremblement mercuriel est plus fréquent l'*hiver*, ce qui tient sans doute, non-seulement à l'action du froid, mais à la nécessité où sont les ouvriers de se tenir renfermés dans des salles closes et pleines de vapeurs mercurielles.

### § III. — Symptômes.

Dans quelques cas rares, la maladie *débute* d'une manière brusque ; mais le plus souvent le malade ressent d'abord un peu de faiblesse, moins de sûreté dans les mouvements, et ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long que le tremblement se présente avec tous ses caractères. L'affection se déclare en premier lieu dans les membres supérieurs, puis elle attaque les membres inférieurs, les lèvres, la langue et les muscles de la face.

Le tremblement consiste en *petites secousses rapides* et continues, qui agitent principalement les membres. Si l'on fait étendre les bras en avant, ce tremblement est très sensible aux extrémités, et si l'on fait garder pendant quelque temps cette position, on voit que les secousses vont sans cesse en augmentant ; si l'on fait tenir le sujet debout, on voit les genoux trembler de la même manière. Lorsque la maladie est médiocrement intense, les symptômes se bornent là, et le malade peut encore se servir de ses bras pour les besoins ordinaires de la vie, en ayant soin toutefois de prendre quelques précautions, comme le font les personnes affectées de simples tremblements nerveux.

Lorsque l'affection est plus intense, les malades ont de la *difficulté à saisir les objets*, parce que le tremblement dévie les mains des points vers lesquels elles veulent se diriger. S'ils cherchent à porter quelque chose à leur bouche, ils ne peuvent le faire qu'à plusieurs reprises, la flexion n'ayant lieu que par secousses, et ils sont exposés à répandre le liquide contenu dans le vase qu'ils tiennent à la main. A un degré plus élevé encore, les contractions étant plus étendues et plus brusques, les malades sont exposés à se frapper le visage quand ils veulent porter leur main à leur bouche, et ils *ne peuvent plus boire et manger seuls*. Des phénomènes analogues se manifestent dans les jambes suivant le degré de la maladie. En outre, les lèvres et la langue étant agitées du même tremblement à divers degrés, il y a de l'*embarras dans la parole*, parfois du bredouillement. Enfin on observe quelquefois le grimacement de la *face* par suite des contractions spasmodiques des muscles. Chez quelques-uns la *mastication* est impossible, et, dans un nombre de cas peu considérable, la maladie peut occasionner l'*insomnie*, le *délire*, l'*affaiblissement de l'intelligence*, l'*obtusité de plusieurs sens*, et même la perte de connaissance momentanée. On a vu aussi des cas dans lesquels la respiration est *pénible et convulsive*. Du reste, l'*appétit* se conserve presque toujours, bien

quelquefois la langue soit pâteuse. Quant au *pouls*, il a ordinairement ses caractères normaux; quelquefois il est lent et un peu fort.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est essentiellement chronique; la *durée* est longue en général, même quand on soumet le malade à un traitement efficace; les *récidives* sont fréquentes chez les sujets qui reprennent leurs travaux, et même une première attaque prédispose aux secondes, et ainsi de suite.

M. Burdin (1) est le seul qui ait cité des cas de *terminaison* par la mort; cette terminaison n'a lieu que chez les individus qui continuent leur état: elle survient, soit à la suite d'une cachexie mercurielle, soit à la suite d'une hémorrhagie cérébrale.

#### § V. — Diagnostic, pronostic.

Deux maladies seulement peuvent être confondues avec le tremblement mercuriel: c'est le *tremblement nerveux* et la *chorée*; mais ce diagnostic n'offre pas de grandes difficultés. Dans le *tremblement nerveux*, en effet, il n'y a aucun signe de cachexie mercurielle; et dans la *chorée*, qui survient sur des individus jeunes, qui n'attaque souvent qu'un côté du corps, il y a des mouvements convulsifs désordonnés qui ne ressemblent pas aux petites secousses successives du tremblement mercuriel.

*Pronostic.* — Le pronostic n'est réellement grave que dans les cas où le malade, ayant déjà eu plusieurs attaques et présentant, à un certain degré, les signes de la cachexie mercurielle, ne renonce pas aux métiers dans lesquels on emploie le mercure.

#### § VI. — Traitement.

En première ligne, nous devons placer les *sudorifiques*; les auteurs qui ont étudié particulièrement cette maladie en ont, en effet, constaté l'efficacité. Ainsi on prescrira la tisane de *salsepareille*, de *gaïac*, de *quine*, de *sassafras*, que l'on pourra édulcorer avec le *sirop de Cuisinier*. On peut encore prescrire l'*acétate d'ammoniaque*, à la dose de 15 à 30 grammes, dans un litre d'une des tisanes précédentes, ou bien à la dose de 4 à 8 grammes dans une potion. La *poudre de Dower* remplit les mêmes indications.

On a aussi mis en usage avec succès les *bains chauds* et les *bains de vapeur*; dans un certain nombre de cas que nous avons observés, les *bains sulfureux* répétés tous les jours, et *unis à l'opium* à dose modérée, ont procuré une guérison complète et assez rapide.

Les *narcotiques* et les *antispasmodiques* peuvent aussi venir en aide aux traitements que nous venons d'indiquer; quant au *régime*, il doit être tonique, et il faut, autant que possible, donner pour habitation au malade un lieu bien aéré.

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. LII, art

## ARTICLE XI.

### CACHEXIE MERCURIELLE.

La *cachexie mercurielle* reconnaît les *mêmes causes* que le *tremblement mercuriel*, et nous devons dire ici qu'on la remarque ordinairement à un degré plus ou moins élevé chez les personnes affectées de cette dernière maladie. Il est plus commun de voir se montrer la cachexie que le tremblement chez les personnes mises à un *traitement mercuriel exagéré*.

*Symptômes.* — Cette cachexie consiste dans un état de *langueur de toutes les fonctions*, dans la *mollesse des chairs*, la bouffissure de la face, le gonflement, le décolorissement, la destruction des *gencives*, la chute des *dents*, la carie ou la nécrose des *os maxillaires*; quelques *hémorrhagies* par les muqueuses, une *anémie* particulière, l'*infiltration* des jambes, des *palpitations*, des *syncopes*, des *troubles digestifs* variés, l'*affaiblissement de l'intelligence*, quelquefois des *aberrations*, enfin, dans un certain nombre de cas, un *mouvement fébrile* plus ou moins marqué, avec dépression du *pouls*.

C'est lorsque la cachexie est parvenue à ce degré, qu'on voit les malades succomber, ainsi que l'a observé M. Burdin (1).

Le *traitement* à opposer à cette cachexie particulière consiste dans un régime *salutaire*, l'exercice en plein air, l'emploi des *toniques* et surtout des *ferrugineux*, dans la plupart des moyens indiqués à propos du tremblement mercuriel. M. Christison, Knud, Gusman (2), etc., ont employé contre elle, avec beaucoup de succès, l'*iodure de potassium* à dose modérée.

## ARTICLE XII.

### EMPOISONNEMENT PAR LES ARSENICAUX.

C'est à l'étude de l'empoisonnement par l'*acide arsénieux* (arsenic) que nous nous bornerons les détails de cet article, parce que les empoisonnements par les autres préparations arsenicales n'offrent rien de particulier, et que, d'un autre côté, c'est presque toujours avec l'*acide arsénieux* que se pratiquent les empoisonnements.

Les *symptômes* auxquels donne lieu l'empoisonnement par l'arsenic sont de deux sortes, les uns locaux et les autres généraux, et il importe beaucoup de les considérer sous ce double point de vue.

*Symptômes locaux.* — Les *symptômes locaux* produits par l'*acide arsénieux* sont analogues à ceux que déterminent les autres poisons irritants; mais il faut savoir, de tous les poisons de cette espèce, c'est celui qui agit de la manière la plus violente; que, dans un certain nombre de cas, les *symptômes* sont peu caractéristiques; qu'ils se bornent parfois à une prostration extrême, avec déjections plus ou moins abondantes, et que, par conséquent, lorsqu'il survient *brusquement* des

1) Voy. *Tremblement mercuriel*.

2) Voy. *Bulletin général de thérapeutique*, mars 1849, p. 262.

phénomènes de ce genre, on doit recourir promptement à l'analyse chimique du reste des aliments ou des boissons ingérés, si c'est possible, ou des déjections et des vomissements : analyse qui seule peut rendre le diagnostic positif.

Des symptômes locaux qui vont être décrits, un certain nombre peut manquer. Ces symptômes sont les suivants :

Saveur sucrée, légèrement styptique ; âcre, corrosive, si le poison est en grande quantité ou séjourne sur la muqueuse buccale ; en ce cas, rougeur et cautérisation de la bouche ; nausées, vomissements de matières muqueuses et sanguinolentes, survenant une ou plusieurs heures après l'ingestion. Anxiété précordiale ; douleur vive, brûlante à l'épigastre ; constriction, chaleur œsophagienne ; soif, ventre sensible, coliques, évacuations alvines plus ou moins abondantes.

Dans certains cas, ces symptômes sont d'une intensité extrême : ainsi les douleurs sont atroces, les vomissements sont incessants, etc.

*Symptômes généraux.* — L'arsenic produit les accidents de l'empoisonnement lorsqu'il est appliqué sur une surface absorbante quelconque : une plaie, la muqueuse vaginale, le rectum, etc. Cela seul suffit pour prouver que le médicament est absorbé ; mais le fait a été d'ailleurs démontré par Orfila, qui a constaté la présence de l'arsenic dans le sang, dans les urines et dans des organes où il n'avait pu être apporté que par l'absorption. Or ce transport de l'arsenic dans le torrent circulatoire donne lieu aux symptômes que nous allons indiquer.

Prostration profonde ; syncopes, température de la peau abaissée ; sueur froide, visqueuse, abondante ; face rouge, injectée, livide ; traits profondément altérés ; éruptions diverses sur la peau, qui quelquefois est cyanosée. Convulsions, trismus, tremblements ; yeux convulsés, vitrés. Parfois céphalalgie, délire, coma ; ordinairement intelligence conservée, sens intacts. Dans quelques cas, diverses paralysies partielles. Pouls d'abord fréquent, développé, puis faible, petit, misérable.

Le médecin ne doit jamais manquer, s'il reste de la poudre suspecte, de la projeter sur des charbons ardents ; elle développe alors une odeur alliagée caractéristique.

M. Chatin a trouvé, à l'aide de l'appareil de Marsh (1), l'arsenic dans la sérosité d'un vésicatoire chez une femme qui s'était empoisonnée. C'est là un nouveau moyen de diagnostiquer l'empoisonnement, qui ne doit pas être négligé.

*Traitement.* — M. Bouchardat résume ainsi le traitement :

• Si j'étais, dit-il, appelé aujourd'hui à donner des soins à un malade empoisonné par l'acide arsénieux, voici comment j'agis :

» D'abord je favoriserais le vomissement d'après les règles ci-dessus exposées ; puis j'administrerais l'hydrate de peroxyde de fer en gelée. Un demi-kilogramme de cette gelée délayée dans deux litres d'eau sucrée. Il est indispensable de donner un grand excès du corps précipitant ; car, comme Orfila l'a prouvé, si l'on n'en donne que la quantité strictement nécessaire pour produire de l'arsénite de peroxyde de fer, la puissance vénéneuse de l'acide arsénieux n'est pas détruite, elle n'est qu'entravée.

• Si l'on n'a pas l'hydrate de peroxyde de fer en gelée, il ne faut pas hésiter à faire prendre trente grammes de safran de Mars apéritif délayés dans un litre

(1) *Journal de chimie médicale*, septembre 1847.

au, en attendant qu'on ait préparé de la gelée d'hydrate de peroxyde de fer. Nos expériences nous ont prouvé l'incontestable efficacité de ce moyen.

Nos expériences sur les chiens nous avaient également montré qu'on pouvait employer, comme contre-poison de l'acide arsénieux, le *persulfure de fer en Fe*, mais je crois infiniment préférable d'administrer, en même temps que sulfate de peroxyde de fer, *vingt grammes de magnésie*. Ce contre-poison est très précieux, non-seulement parce qu'il forme une combinaison insoluble avec l'acide arsénieux, mais encore parce que la magnésie purge et doit poursuivre le poison arsenical dans les intestins, et, en augmentant les selles, favoriser son expulsion de l'économie. Ainsi, pour résumer, je donnerais *concurrentement l'hydrate de peroxyde de fer et de magnésie*. Comme cette dernière substance n'est pas la même que lorsqu'elle est préparée avec les précautions que M. Bussy a fait connaître, nous allons les rappeler.

#### PRÉPARATION DE LA MAGNÉSIE QU'ON EMPLOIE COMME CONTRE-POISON.

On peut obtenir facilement de la magnésie dans un état convenable par le procédé suivant : On place le carbonate de magnésie (magnésie blanche du commerce) dans un creuset de terre qui ne doit en être rempli qu'à moitié ; le creuset est chauffé de manière que le fond atteigne la température du rouge sombre ; on agite continuellement le carbonate avec une spatule de fer pendant la calcination ; l'eau et l'acide carbonique qui se dégagent déterminent dans la masse une vive ébullition qui projette quelquefois une portion de magnésie à l'extérieur du creuset. Quand ce dégagement a cessé, on essaye la magnésie par l'acide chlorhydrique ; elle ne doit plus retenir l'acide carbonique. Toutefois la magnésie qui retiendrait encore un peu d'acide carbonique serait préférable à celle qui serait très longtemps exposée à une trop forte température.

Lorsque la magnésie n'a été que faiblement calcinée, elle s'hydrate promptement et avec facilité ; elle forme, avec l'eau à la température ordinaire, une gelée consistante, comme le fait l'alumine : 2 grammes de magnésie suffisent pour donner à 50 grammes d'eau et plus cette consistance gélatineuse.

Cette quantité de magnésie, délayée dans un décilitre d'eau, peut absorber, comme nous l'avons dit, un décigramme d'acide arsénieux dissous également dans un décilitre d'eau, de telle façon que, après avoir agité le mélange un instant et versé la liqueur, elle ne précipite plus par l'hydrogène sulfuré.

Il faut éviter d'employer la magnésie trop fortement calcinée, son effet est à peu près nul. On la reconnaît facilement aux caractères suivants. Sa densité est plus grande que celle de la précédente ; sa cohésion est plus considérable ; au lieu de s'hydrater et de faire pâte avec l'eau, elle gagne le fond du liquide et forme un dépôt pulvérulent qui peut rester pendant plusieurs mois en contact avec l'eau sans s'hydrater. Mise en contact avec une dissolution d'acide arsénieux, elle ne l'absorbe qu'avec une extrême lenteur.

On peut également préparer *par la voie humide* une magnésie hydratée très précieuse dans les cas d'empoisonnement : 100 grammes de sulfate de magnésie cristallisé (sel d'Epsom, sel de Sedlitz) renfermant 51,22 d'eau, 16,26 de magnésie, 2,52 d'acide sulfurique. Il faut théoriquement 38,21 d'oxyde de potassium ou



45,52 d'hydrate pour décomposer complètement la dissolution de 100 grains de sel, et en précipiter la magnésie à l'état d'hydrate. Mais si, au lieu de pure, on emploie pour cette décomposition la potasse caustique ordinaire (la cantère des pharmacies), qui contient toujours des chlorures, des sulfates, carbonate et un excès d'eau, on peut sans inconvénient en prendre 50 parties pour 100 de sel à décomposer. Si, d'une autre part, on opère sur des liqueurs étendues; si le sulfate de magnésie est dissous, par exemple, dans vingt-cinq fois son poids d'eau, et la potasse dans vingt fois son poids du même liquide, on se dispense de laver le précipité, et se contenter de l'exprimer fortement dans un linge; la petite quantité de sulfate de potasse et de sulfate de magnésie qu'il ne saurait avoir d'inconvénients sérieux, d'autant qu'il faut, pour l'administration, délayer le précipité dans une grande quantité d'eau.

» 10 grammes de sulfate de magnésie dissous dans 250 grammes d'eau composés, comme il vient d'être dit plus haut, par 5 grammes de pierre ponce dissoute dans 100 grammes d'eau, fournissent un liquide qui contient un excès de sulfate de magnésie, et d'où la potasse caustique précipite une certaine quantité de magnésie, et donne un précipité qui, exprimé dans un linge et lavé dans l'eau sans en avoir été lavé, absorbe immédiatement 1 décigramme d'arsénieux dissous dans 1 décilitre d'eau. On doit observer que cette proportion d'acide arsénieux n'est pas, à beaucoup près, la limite de ce que peut absorber la magnésie.

» Toutefois l'emploi de la magnésie calcinée, bien préparée, nous paraît aussi sûr et plus facile que celui de l'hydrate de magnésie.

» Quand on aura donné les contre-poisons, si le pouls devient misérable, si la peau se refroidit, on favorisera la réaction par des sinapismes, des couvriries chaudes, des frictions sèches, une petite saignée, des boissons stimulantes. Lorsque la période algide a fait place à une réaction légitime, tout en maintenant strictement la liberté du ventre, on devra prescrire les boissons diurétiques nitrées, qu'on a recommandées. On facilitera ainsi l'expulsion du poison par les selles et les urines, c'est-à-dire qu'on sollicitera les deux principaux émonctoires de la substance vénéneuse. »

C'est à M. Bunsen qu'on doit la première idée d'administrer le *protosulfure de fer*; M. Mialhe a constaté la grande efficacité du *protosulfure de fer*, faisant toujours remarquer que le persulfure n'existe pas, et, ce qui est bien plus, qu'il faut une quantité presque double de la substance impure, à laquelle on donne le nom de *persulfure*, pour produire un effet égal à celui que produit une quantité donnée de *protosulfure*.

Il n'est pas d'empoisonnements sur lesquels les contro-stimulistes aient insisté que sur celui qui nous occupe, pour prouver l'action hyposthénisante du poison et les bons effets du *traitement tonique et excitant* (vin, alcool, bouillon, mais Orfila a prouvé, par les faits, qu'ils sont dans l'erreur.



## ARTICLE XIII.

## EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS CUIVREUSES.

1° *Signes de l'empoisonnement.* — Saveur désagréable, vomissements nombreux, douloureux; coliques violentes, *déjections fréquentes, vertes, porracées*; convulsions, prostration, petitesse du pouls; altération des traits de la face; anxiété cordiale, syncopes; gêne croissante de la respiration; parfois paralysie et insensibilité générale.

Le médecin appelé devra rechercher s'il reste quelque liquide de couleur bleue, le moyen le plus simple pour reconnaître le cuivre dans ce liquide est de l'acide, et d'y suspendre par un fil *une aiguille d'acier qui se recouvre d'une couche de cuivre.*

*Traitement.* — Voici le traitement formulé par M. Bouchardat :

Le meilleur contre-poison des sels de cuivre, c'est le *fer réduit par l'hydrogène*; il faut l'administrer en quantité au moins aussi élevée que le sel de cuivre ingéré.

Si l'on a à sa disposition de l'*hydrate de persulfure de fer*, on le prescrira également avec beaucoup d'avantages. On peut donner 100 grammes de sirop de sucre.

Si l'on n'a immédiatement sous sa main ni fer réduit par l'hydrogène, ni hydrate de persulfure de fer, il n'y a pas à hésiter, il faut administrer de l'*eau albumineuse* (six blancs d'œufs délayés dans un litre d'eau); l'albumine forme des composés insolubles avec les sels de cuivre. Orfila a constaté l'efficacité de ce contre-poison par de nombreuses expériences. »

Nous avons à faire absolument les mêmes remarques relativement au persulfure; les expériences de M. Mialhe, qui le premier a signalé le sulfure de fer, contre-poison si utile et d'un usage si général, sont en faveur du *protosulfure*.

Quant au *sucré*, qui a été regardé comme un contre-poison, il n'agit, d'après les recherches de M. Bouchardat, qu'en retardant l'absorption de la substance vénéneuse.

L. Boucher (1) a publié des observations qui démontrent que la *magnésie calcinée* arrête entièrement les symptômes de l'empoisonnement par le sulfate de cuivre, et probablement par les autres sels de ce métal.

On doit administrer le contre-poison le plus vite possible et à la dose de 10 grammes d'antidote pour 1 gramme de sulfate.

Le traitement des accidents consécutifs est le même que dans les empoisonnements précédents.

## COLIQUE DE CUIVRE.

Jusqu'à ces dernières années on n'élevait pas de doutes sur l'existence d'une colique de cuivre analogue, non pour les symptômes, mais pour la maladie dont elle se produisait, à la colique de plomb. Les recherches faites par M. Chevallier et Boys de Loury (2) sont venues, sur ce point, changer complé-

(1) *Union médicale*, 18 octobre 1851.

(2) *Annales d'hygiène*, avril et juillet 1850.

tement l'état de la science. Ces deux auteurs ayant, en effet, visité avec soin les manufactures, ayant pris des informations auprès des chefs, ayant recherché les maladies diverses dont les ouvriers peuvent être atteints, se sont assurés que ces maladies n'ont rien de particulier, qu'elles rentrent dans les affections intestinales ordinaires ; qu'elles n'ont pas de causes spéciales ; que le cuivre n'a par lui-même aucun inconvénient, et qu'en définitive *la colique de cuivre doit être rayée du cadre nosologique.*

Il semble, après cela, que nous devrions supprimer une description qui n'a plus d'objet ; mais nous croyons qu'il vaut mieux la conserver pour montrer ce qu'on regardait autrefois comme une colique de cuivre, d'autant plus qu'on y verra une nouvelle preuve de l'opinion de MM. Chevallier et Boys de Loury, puisque les symptômes n'ont absolument rien de spécifique.

Il ne faut pas confondre la colique de cuivre avec les empoisonnements par les préparations de cuivre. Cette maladie due, suivant l'opinion ancienne, à une véritable intoxication, est toujours légère et cède à des moyens très simples.

La colique de cuivre est beaucoup plus rare que la colique de plomb. Elle attaque les fondeurs, les tourneurs en cuivre ; en un mot, tous ceux qui sont exposés à absorber une grande quantité de molécules de ce métal.

*Symptômes.* — Les symptômes sont ceux d'une entérite plus ou moins intense : *anorexie, soif* ; parfois des *nausées* et des *vomissements* ; *douleurs* autour de l'ombilic, exaspérées par la pression ; tension de l'abdomen ; *selles* liquides, fréquentes, jaunes, vertes, contenant du mucus ; quelquefois *ténésme* ; en même temps *momentanément fébrile* avec courbature.

Abandonnée à elle-même, et par les seuls soins hygiéniques, cette colique guérit en un septénaire environ. Le traitement peut beaucoup abréger cette durée.

Les renseignements seuls peuvent faire distinguer cette affection d'une entérite intense survenue spontanément.

Le *traitement* consiste dans la *diète*, le *repos* au lit, des boissons adoucissantes, des *cataplasmes* sur l'abdomen ; une petite quantité d'*opium* ; des *lavements* laxatifs et amidonnés.

Cette description est de nature à confirmer la manière de voir des deux médecins précédemment cités, puisqu'il est permis d'y voir, soit une gastro-entérite, soit une entérite simple, soit une dysenterie.

#### ARTICLE XIV.

##### EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS D'ÉTAIN, DE BISMUTH, DE ZINC, D'OR, D'ARGENT, DE PLATINE.

Nous réunirons dans un même article, et pour les mentionner seulement toutes ces substances, parce qu'elles présentent, à quelques nuances près, des *symptômes semblables à ceux que produit l'empoisonnement par les sels mercuriels* (1).

(1) [Voyez Tardieu, *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité*. Paris, 1852-1854, 3 vol. — Vernois, *Traité d'hygiène industrielle et administrative*. Paris, 1860, 2 vol. D'importants articles ont été consacrés par ces hygiénistes distingués à l'étude des causes et des inconvénients d'inconvénients de ces substances.]

*raiment. — Etain.* Les deux contre-poisons principaux sont le *lait*, proposé Orfila, et le *protosulfure de fer*, recommandé par M. Mialhe. Le premier a l'avantage de se trouver facilement en abondance ; le second précipite plus facilement les sels tanneux. La *magnésie*, l'*albumine*, la *noix de galle*, et ensuite les *mucineux* et les *opiacés*, offrent aussi des avantages.

*ismuth.* — Le meilleur contre-poison est encore le *protosulfure de fer hydraté* ; si l'on en avait pas, on donnerait l'*eau albumineuse* et le *lait*.

On sait que dans ces derniers temps on a remplacé dans plusieurs industries, et notamment dans la fabrication des couleurs pour la peinture, le plomb par le zinc, cette dernière substance étant regardée comme innocente. Mais quelques faits sont venus faire craindre que cette innocuité ne soit pas parfaite, et l'on a vu se manifester d'une *colique de zinc*, d'*accidents cérébraux*, de *paralysies* causées par le zinc ; en un mot, de symptômes semblables à ceux que produit le plomb. Il faut dire d'abord que les accidents de ce genre sont infiniment rares, et, en second lieu, il n'est pas prouvé que dans quelques-uns des cas cités on n'eût pas réellement eu affaire à des accidents causés par le plomb. D'un autre côté, les faits rapportés ne sont pas assez détaillés pour servir à une histoire complète des affections que peut occasionner le zinc. Ce qui résulte principalement des renseignements que nous nous sommes procurés, c'est que si de semblables affections existent, elles n'ont, sous le rapport de leur fréquence et de la facilité avec laquelle on les contracte, rien qui rappelle les affections saturnines. On peut dire que ces accidents sont de simples imitations. Aussi nous contenterons-nous de citer ici les faits suivants :

1. Bouvier (1) a observé chez un homme occupé soit à embarriller le blanc de zinc, soit à réparer des barriques qui avaient déjà servi, des symptômes semblables à ceux de la colique de plomb : vomissements, douleurs abdominales, constipation. Le traitement par les purgatifs et l'opium fut suivi d'une guérison prompte. Bouvier apprit que cinq autres ouvriers employés aux mêmes travaux avaient eu les mêmes accidents. Il fit laver avec soin le corps du malade, et les eaux d'usage ayant été analysées par M. Chatin, il fut démontré qu'elles ne contenaient ni plomb, ni cuivre, ni arsenic, et qu'elles renfermaient une quantité appréciable de zinc.

2. Landouzy a fait connaître à l'Académie des sciences quelques faits analogues.

*Zinc.* — Les contre-poisons proposés sont : l'*eau albumineuse*, le *lait* et le *carbonate de soude*.

1. Stratton (2), ayant été appelé auprès d'une personne qui avait avalé une solution de 10 grammes de chlorure de zinc, et qui éprouvait des accidents graves, parvint à dissiper promptement tous ces accidents en administrant à de courts intervalles trois à quatre pintes d'un *fort soluté de savon noir*, et en donnant ensuite de l'huile d'olive. Nous citons ce moyen parce qu'on peut se le procurer facilement.

*Argent.* — Le principal contre-poison est l'*hydrochlorate de soude* (sel marin) en solution.

*Or, platine.* — On ne connaissait pas encore de contre-poison, lorsque M. Mialhe

1) *Séances de l'Acad. des sciences*, 13 mai 1840.

2) *Voy. Union médicale*, 11 octobre 1849.

a établi que le *protosulfate de fer hydraté* est l'antidote par excellence l'empoisonnement par les sels d'or et de platine.

## ARTICLE XV.

### EMPOISONNEMENT PAR LES ANTIMONIAUX.

*Signes de l'empoisonnement.* — Saveur désagréable, nausées, vomissements fréquents et abondants ; constrictions pharyngienne et œsophagienne, chaleur à l'épigastre ; coliques, selles fréquentes et abondantes ; dyspnée, prostration, lipothymies, refroidissement des extrémités ; yeux cernés, face pâle, muqueuses froides et visqueuses.

*Traitement.* — Substances riches en tannin : décoction de noix de galle, quinquina, d'écorce de chêne, de marronnier, de saule, de historte, de ratanhia, de cachou. On a vanté aussi la magnésie et le suc de citron. Les émoulinents et les opiacés sont utiles quand il y a une vive irritation du tube digestif ; mais on combatte aussi la prostration par des frictions chaudes et alcooliques, par le massage à l'intérieur, par les toniques.

## ARTICLE XVI.

### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'INTOXICATION SATURNINE.

L'intoxication saturnine se produit constamment par suite de l'absorption des préparations de plomb sous forme moléculaire. Cette absorption a lieu par diverses manières ; quelques auteurs ont avancé qu'elle pouvait se faire par l'enveloppe cutanée ; mais des observations bien faites, et dont les principes sont dues à M. Tanquerel des Planches (1), prouvent que cette voie d'absorption ne saurait être admise.

Toutes les professions dans lesquelles les ouvriers sont placés au milieu d'une atmosphère contenant une certaine quantité de molécules de plomb en suspension peuvent produire l'intoxication saturnine ; en voici la liste :

Ouvriers cérusiers, ouvriers des fabriques de minium, des fabriques de litharge, peintres en bâtiments, peintres d'attributs, de voitures, doreurs sur bois, verriers, fondeurs de métaux, fabricants de papiers peints, broyeurs de couleurs, fabricants de cartes d'Allemagne, ceinturoniers, potiers, faïenciers, verriers, ouvriers des mines de plomb, affineurs, plombiers, fondeurs de cuivre, fondeurs de bronze, graveurs de caractères d'imprimerie, imprimeurs, fabricants de plomb de cloches, lapidaires, tailleurs de cristaux, ouvriers des manufactures de glaces, ouvriers des fabriques de nitrate, de chromate, d'acétate de plomb (2).

Ces ouvriers absorbent principalement les molécules saturnines par les voies respiratoires, mais ils en absorbent aussi une quantité notable par les voies digestives dans lesquelles elles sont introduites avec la salive.

(1) *Traité des maladies de plomb*. Paris, 1839.

(2) [Voyez les articles consacrés à toutes ces industries par M. Max. Vernois, dans le *Traité d'hygiène industrielle et administrative* (Paris, 1860). Outre les lois organiques qui servent de base à la salubrité publique, on y trouvera les détails les plus essentiels à connaître des opérations relatives à l'exercice de ces industries ; un résumé des causes d'insalubrité, d'incommodité ; les prescriptions légales à ordonner, ou les mesures préventives à imposer ; enfin une étude complète des dangers et des inconvénients que présentent ces industries, et la jurisprudence habituelle et légale de leur exercice.]

Il résulte du relevé de M. Tanquerel des Planches, que *les mois de l'année les plus chauds* sont ceux où l'on contracte le plus facilement l'intoxication saturnine. Cette intoxication se manifeste de quatre manières différentes, qui sont les suivantes : *colique de plomb, douleurs des membres, paralysie, accidents cérébraux*. Ces formes de l'intoxication saturnine ne se produisent pas brusquement ; on observe auparavant quelques symptômes qui méritent d'être indiqués, et que M. Tanquerel a désignés sous le nom d'intoxication primitive.

Quelque temps avant qu'une affection distincte se déclare, les ouvriers pâlisent et maigrissent, ainsi que l'a constaté M. Grisolle (1). Les chairs deviennent molles ; la peau, et surtout celle de la face, prend une teinte jaunâtre à laquelle on a donné le nom d'*ictère saturnin*. Des expériences ont prouvé que le sang présente les caractères de l'anémie ; beaucoup de malades ont la sensation d'une saveur crée ou styptique, leur haleine est fétide ; chez quelques-uns, les gencives sont gonflées, il y a un léger *ptyalisme*, mais en général les gencives sont fermes, quelquefois usées vers leur bord libre : ceux qui ont vécu au milieu d'une atmosphère abondante en molécules de plomb présentent un *liséré bleuâtre des gencives*, occupant 3 ou 5 millimètres de leur bord libre, et quelquefois s'étendant en au delà. M. Tanquerel a constaté que cette coloration est due à un sulfure de plomb résultant du contact du métal avec l'hydrogène sulfuré qui se détache, soit des interstices des dents, soit de quelque autre point des voies digestives.

Ces phénomènes sont loin de se montrer chez tous les individus qui doivent être atteints de maladie saturnine ; on ne les voit guère que chez les cérusiers, les ouvriers en minium, et ceux qui sont constamment exposés à la poussière des préparations de plomb.

Voyons maintenant quelles sont les formes par lesquelles se déclare l'intoxication saturnine, en commençant par la colique de plomb.

## ARTICLE XVII.

### COLIQUE DE PLOMB.

Suivant un passage de Nicandre, cité par M. Tanquerel, la *colique de plomb* a été décrite très anciennement, et ce dernier auteur a prouvé, par des recherches exactes, qu'à toutes les époques, les effets pernicioeux du plomb ont été bien connus ; mais il faut arriver au milieu du XVII<sup>e</sup> siècle pour voir cette maladie bien décrite par Stockhusen (2). Depuis cette époque, nous avons eu des travaux très intéressants, parmi lesquels il faut citer ceux de de Haen, Weismann, Astruc, Desbois, Stoll, Desbois de Rochefort, et, dans des temps plus rapprochés de nous, ceux de Mérat (3), de MM. Andral, Grisolle et Tanquerel (4) ; c'est à ce dernier auteur que nous devons les recherches les plus étendues et les plus exactes, et c'est lui surtout qu'il importe d'emprunter les détails qui vont suivre.

(1) *Essai sur la colique de plomb*, thèse. Paris, 1835.

(2) *Traité des mauvais effets de la fumée de la litharge*. Paris, 1776, in-12.

(3) *Traité de la colique métallique*. Paris, 1812.

(4) *Traité des maladies de plomb*. Paris, 1839. — A. Tardieu, *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité*. Paris, 1854, t. III, art. PLOMB.

## § I. — Définition, synonymie, fréquence.

M. Tanquerel regarde la colique de plomb comme une névralgie des organes digestifs et urinaires produite par l'absorption du plomb à l'état moléculaire dans l'économie. Les faits qu'il a cités à l'appui de cette définition ont assurément une grande valeur ; mais comme ils n'ont pas encore résolu toutes les objections qu'on peut faire à cette manière d'envisager la nature de la maladie, nous nous contenterons de la définition suivante : c'est une affection produite par l'absorption du plomb, et dont les principaux symptômes sont de violentes coliques, une constipation opiniâtre et des crampes dans les membres.

La colique de plomb a été décrite sous les noms de *colique saturnine*, *métallique*, *des peintres*, *des plombiers*, *des potiers*, *des barbouilleurs*. On lui a donné aussi le nom de *rachialgie*, la regardant comme une névralgie de la moelle, et M. Tanquerel a démontré que les maladies connues sous les noms de *colique de Poitou*, *de Normandie*, *de Devonshire*, *de Madrid*, ne sont autre chose que la colique de plomb elle-même, sauf quelques cas d'entérite ou d'entéralgie qu'une connaissance peu approfondie de la maladie a fait confondre avec les autres.

[ Nous avons dit plus haut (1) que la *colique sèche* ou *végétale* n'était probablement qu'une *colique de plomb*. ]

## § II. — Causes.

Il est bien entendu que la cause essentielle de la colique de plomb est l'absorption des molécules de ce métal ; mais il n'en faut pas moins rechercher quelles sont les conditions dans lesquelles se produit le plus facilement la maladie sous l'influence de cette absorption.

Nous avons vu plus haut qu'une *température élevée* est une condition des plus favorables au développement de l'intoxication saturnine en général. Cette remarque s'applique à la colique de plomb. M. Tanquerel, ayant recherché l'influence des *climats*, a vu qu'ils n'en avaient pas d'autre que celle qui résulte de l'élévation plus ou moins grande de la température.

Le même auteur est porté à croire, d'après l'examen d'un certain nombre de faits, que l'on est d'autant plus exposé à contracter la colique de plomb, qu'on est plus jeune, et que les femmes, toute proportion gardée, y sont moins sujettes que les hommes.

Quant à la *constitution* et au *tempérament*, ils n'ont aucune influence marquée. Il n'en est pas de même de la *malpropreté* et des *écarts de régime*, qui favorisent le développement de cette maladie. Enfin M. Tanquerel a constaté que les autres maladies saturnines prédisposent à la colique de plomb.

## § III. — Symptômes.

M. Grisolles, qui a, comme on sait, étudié avec beaucoup de soin cette maladie, l'a décrite ainsi qu'il suit.

(1) Nous recommandons la lecture des consciencieuses études sur la colique sèche, publiées en 1859 par M. Lefèvre, et que nous avons rapidement analysées (t. IV, p. 160).



• La colique de plomb (1) peut débiter d'une manière assez soudaine. Cependant presque toujours elle a des prodromes ; ce sont tous les phénomènes d'intoxication précédemment décrits et auxquels se joignent bientôt un état de malaise, des douleurs dans les membres, de l'inappétence, une langue blanche, des selles de plus en plus rares et formées presque exclusivement de matières noires et millées.

• La maladie déclarée, les individus éprouvent une douleur plus ou moins vive,égeant ordinairement à l'ombilic, moins souvent à l'épigastre ou à l'hypogastre ; cette douleur occupe parfois plusieurs de ces régions à la fois ; elle s'irradie même vers les lombes, vers les parties génitales, etc. Elle est tantôt obtuse, contusive ; mais souvent elle est aiguë et dilacérante. Elle est continue, mais sujette à des exacerbations irrégulières pendant lesquelles les malades sont dans la plus grande anxiété ; leurs yeux se cavent, la figure se grippe ; ils poussent des cris lamentables, se roulent dans leur lit, et prennent les positions les plus bizarres pour se soulager. Beaucoup se couchent surtout à plat ventre, appuyant souvent leur poing sur l'abdomen : car un des caractères les plus remarquables de cette douleur est de se calmer ordinairement par la pression ; mais pour que cet effet soit produit, il faut que la compression soit faite non par secousses et avec l'extrémité des doigts, mais doucement et par degrés, avec la paume de la main étendue à plat. En procédant de la sorte on soulage les malades dans plus des deux tiers des cas.

• Le tiers des malades atteints de colique saturnine a le ventre plus ou moins rétracté ; chez les autres, l'abdomen a sa forme ordinaire. La rétraction du ventre se voit surtout dans les coliques violentes. Ce phénomène remarquable nous paraît tenir à une contraction spasmodique des muscles abdominaux qui s'appliquent instinctivement sur les viscères comme pour en atténuer les souffrances.

• Presque tous les malades dont nous parlons sont constipés, et cette constipation est le plus ordinairement très opiniâtre. Plus des trois quarts d'entre eux ont des nausées ; celles-ci sont, chez la plupart, suivies de vomissements, qui tantôt sont aqueux, mais qui presque toujours sont bilieux, amers et d'un vert porracé. Quelques-uns sont en même temps tourmentés par des éructations et par des hoquets. Chez ces individus, la langue est nette et le plus souvent blanchâtre, la soif est variable, l'appétit complètement nul ; l'haleine exhale ordinairement une odeur fétorale. La sécrétion urinaire est presque toujours diminuée, et chez quelques malades la miction est douloureuse et s'accompagne de ténésme.

• Le plus souvent il existe des douleurs dans différentes parties du corps, telles que de la céphalalgie (chez un quart) ; des tiraillements, des douleurs convulsives vers les cordons testiculaires (chez un quart) ; des crampes, un sentiment d'enflure, ou bien des douleurs lancinantes et dilacérantes dans les muscles des membres inférieurs (chez les trois quarts), ou des supérieurs (chez la moitié). Plus ou moins fréquemment dans les muscles lombaires (chez un tiers) ; enfin, quelques-uns (un septième) éprouvent un sentiment de constriction pénible vers le thorax. Au milieu de ces souffrances si vives, la peau conserve sa température et le pouls sa fréquence normale, souvent même il est plus lent que de coutume ; en un mot, la colique de plomb est une affection tout à fait apyrétique ; mais les

(1) *Traité de pathologie interne*, 7<sup>e</sup> édit. Paris, 1857, t. II, p. 19.

malades sont fatigués, leurs forces sont anéanties, ils sont privés de tout sommeil ce qui dépend surtout de la vivacité et de la continuité des douleurs.

» La colique peut se compliquer d'autres affections saturnines, notamment divers accidents cérébraux, et des différentes formes de paralysies dont nous parlerons plus loin. Elle peut aussi s'accompagner de toute autre maladie survenant indépendamment de l'action du plomb : la chose pourtant est rare ; nous exceptons néanmoins l'ictère, qui se déclare dans un huitième des cas environ, mais il a rarement une grande intensité.

M. Tanquerel, par des recherches attentives, a constaté l'existence, pendant les accès de coliques, de la *rétraction de l'an*us, et de *contractions violentes du rectum*, semblables à des crampes. Il a noté aussi l'existence de *tumeurs mobiles dans l'abdomen*, dues à des accumulations de gaz.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la colique de plomb est variable. M. Tanquerel a distingué trois périodes : *période d'invasion, période d'augment et période de déclin*. La première marche avec une rapidité très variable ; dans la seconde, les exacerbations ou *accès de colique* sont plus ou moins éloignés et ont une intensité très diverse ; la dernière peut se terminer très brusquement par la disparition de tous les symptômes ; mais il n'est pas très rare de voir, au moment où tous les accidents semblent s'amender, la colique reparaître avec une nouvelle intensité.

La *durée* de cette affection, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, ou lorsqu'elle n'est pas convenablement traitée, est indéterminée ; mais, dans l'immense majorité des cas, un traitement convenable en fait justice en très peu de jours.

Les *rechutes* sont assez fréquentes. M. Tanquerel a constaté qu'elles se produisent une fois sur vingt ; elles sont provoquées ordinairement par des écarts de régime ; mais le plus souvent elles sont dues à l'emploi d'un mauvais traitement.

Les *récidives* sont très fréquentes, c'est-à-dire que les sujets qui ont été une première fois affectés de cette maladie sont plus exposés qu'auparavant à la contracter, s'ils se remettent sous l'influence des mêmes causes, ce qui n'arrive que trop souvent.

#### § V. — Lésions anatomiques.

On n'a trouvé absolument aucune lésion qui puisse rendre compte de la colique de plomb, car la rétraction du tube digestif est une simple conséquence de l'affection ; c'est là le principal motif qui a fait regarder la colique de plomb comme une névralgie.

#### § VI. — Diagnostic, pronostic.

Quelques auteurs ont beaucoup insisté sur le diagnostic de la colique de plomb ; mais, en y réfléchissant, on verra qu'ils ne l'ont fait que par excès de précaution. On ne pourrait guère, en effet, confondre cette maladie avec la gastralgie ou l'entéralgie ; mais outre qu'on peut presque toujours remonter aux renseignements, il y a une grande différence dans la marche de ces affections : elles n'offrent, sous ce rapport, aucune cause d'erreur. Quant aux cas dans lesquels la constipation est remplacée par la diarrhée, ils sont rares, et ils se distinguent des affections infla-

atoires de l'abdomen par l'absence de toute fièvre, par les accès violents de la colique, par l'état général du malade.

*Pronostic.* — La colique de plomb doit être regardée comme une maladie grave ; car, bien qu'elle n'occasionne pas la mort par elle-même, elle peut être suivie d'accidents cérébraux, de paralysie ; en un mot, avoir des conséquences redoutables.

### § VII. — Traitement.

Un assez grand nombre de moyens ont été mis en usage contre la colique de plomb, mais aujourd'hui il est reconnu par tous les praticiens qu'il n'y a qu'une seule méthode qu'on doive adopter, c'est celle qui unit les narcotiques aux évacuants.

*Traitement de la Charité.* — Nous devons commencer par ce traitement célèbre, et qui a procuré un très grand nombre de guérisons. Nous allons donner l'abord la formule de ce traitement compliqué et qui dure sept jours.

#### *Formule du traitement de la Charité.*

**PREMIER JOUR.** — 1° Dans la journée : *Eau de casse avec les grains*, ainsi composée.

℞ Casse en bâton concassée..... 60 gram.

Faites bouillir dans :

Eau..... 1000 gram.

Ajoutez :

Émétique..... 0,15 gram. | Sel d'Epsom..... 30 gram.

2° Dès l'entrée : *Lavement purgatif des peintres* :

℞ Feuilles de séné..... 15 gram.

Faites bouillir dans :

Eau..... 1000 gram.

Ajoutez :

Sulfate de soude..... 15 gram. | Vin émétique..... 120 gram.

3° Le soir : *Lavement anodin des peintres* :

℞ Huile de noix..... 180 gram. | Vin rouge..... 360 gram

4° A huit heures : *Boî calmant*.

℞ Thériaque..... 4 à 6 gram. | Opium..... 0,05 à 0,07 gram.

**DEUXIÈME JOUR.** — 1° Le matin : *Eau bénite* :

℞ Tartre stibié..... 0,30 gram. | Eau tiède..... 250 gram.

A prendre en deux fois, à une heure de distance.

2° Le reste du jour : *Tisane sudorifique simple* :

2/4 Galiac..... Squine.....	} à 30 gram.	Salsepareille..... 30 gram.
--------------------------------	--------------	-----------------------------

Faites bouillir une heure dans :

Eau.....	2000 gram.	Jusqu'à réduction à.....	1000 gram.
----------	------------	--------------------------	------------

Ajoutez :

Sassafras.....	30 gram.	Réglisse.....	15 gram.
----------------	----------	---------------	----------

Faites bouillir encore légèrement, et passez.

3° A cinq heures du soir : *Le lavement anodin des peintres*, ut suprà.

4° A huit heures : *Le bol calmant*, ut suprà.

TROISIÈME JOUR. — 1° *Deux verres de la tisane sudorifique laxative* su vante :

2/4 Tisane sodorifique simple, ut suprà.....	1000 gram.
Séné.....	30 gram.

Faites bouillir légèrement et passez.

2° Dans la journée : *Tisane sudorifique simple*, ut suprà.

3° A quatre heures : *Lavement purgatif des peintres*, ut suprà.

4° A six heures : *Lavement anodin*, ut suprà.

5° A huit heures : *Bol calmant*, ut suprà.

QUATRIÈME JOUR. — 1° Le matin : *Purgatif des peintres*.

2/4 Follicules de séné.....	8 gram.	Eau.....	240 gram
-----------------------------	---------	----------	----------

Réduisez par l'ébullition à 180 grammes. Ajoutez :

Sol de Glauber.....	30 gram.	Sirop de nerprun.....	30 gram.
Jalap en poudre.....	4 gram.		

2° Après l'administration du purgatif : *Tisane sudorifique simple*, ut suprà.

3° A cinq heures : *Lavement anodin*, ut suprà.

4° A huit heures : *Bol calmant*, ut suprà.

CINQUIÈME JOUR. — 1° *Tisane sudorifique laxative*, ut suprà.

2° A quatre heures : *Lavement purgatif des peintres*, ut suprà.

3° A six heures : *Lavement anodin*, ut suprà.

4° A huit heures : *Bol calmant*, ut suprà.

SIXIÈME JOUR. — Reprendre le *traitement du quatrième jour*.

SEPTIÈME JOUR. — Reprendre le *traitement du cinquième jour*, et, de plus, *tisane sudorifique simple*, dans la journée.

RÉGIME. — On prescrit la diète pendant le traitement; seulement, dès le cinquième jour, on peut permettre du bouillon.

Après ce traitement complet, le malade est ordinairement guéri. On se con

rs de continuer pendant quelques jours l'usage de la *tisane sudorifique simple*, parfois du bol calmant.

Si les accidents n'étaient pas complètement dissipés, on pourrait reprendre le traitement des derniers jours, à partir du troisième, du quatrième ou du cinquième, suivant les cas; s'ils conservaient quelque gravité, on ne devrait pas hésiter à recommencer tout le traitement, et c'est ce qu'il faut faire dans les cas de chute.

Ce traitement renferme une multitude de médicaments compliqués, et l'on peut proposer que plusieurs d'entre eux sont inutiles. Aussi bien des médecins ont-ils modifié la formule, retranchant un médicament ou l'autre, suivant leur manière de voir. Ont-ils eu raison? Rien ne le prouve, car il ne nous ont pas fait connaître le résultat de leur médication. Nous pensons que, si l'on veut administrer le traitement de la Charité, il n'y a, dans l'état actuel de la science, aucun motif d'en retrancher un moyen plutôt qu'un autre.

Quant aux résultats, nous avons dit plus haut qu'ils sont plus satisfaisants, et c'est ce qu'a constaté M. Tanquerel. Mais n'est-il pas de médication plus simple et plus efficace? C'est ce qu'il s'agit de rechercher.

M. Tanquerel ayant vu mettre en usage l'*huile de croton* dans un nombre considérable de cas, a trouvé que, par ce moyen, les malades guérissaient plus rapidement, et dans une plus grande proportion des cas, que par le traitement de la Charité, dont néanmoins il reconnaît la grande efficacité. M. Grisolles, qui, comme auteur que nous venons de citer, a étudié avec un grand soin les maladies saturnines, est du même avis, en sorte que cette manière de voir a une très grande valeur; néanmoins il nous paraît que les recherches doivent être continuées sous ce point de vue, parce qu'un certain nombre de cas étant rebelles aux meilleures médications, et le hasard pouvant en réunir un grand nombre dans une série de faits, on ne saurait trop multiplier les expériences. Voici comment, d'après M. Tanquerel (1), doit être administrée l'huile de croton :

#### TRAITEMENT PAR L'HUILE DE CROTON TIGLIUM.

• Le meilleur mode d'administration de l'huile de croton, c'est de la donner à dose d'une goutte dans une cuillerée de tisane, à la première visite qu'on fait au malade.

• Si cette première prise ne produit pas de selles ni de vomissements, sept ou huit heures après, il faut encore administrer une nouvelle goutte ou un lavement purgatif.

• Le lendemain et le surlendemain, on devra encore prescrire l'huile de croton à la même manière.

• Le quatrième jour, lorsque le malade est entièrement débarrassé de tous les symptômes de la colique, on peut lui faire administrer un second lavement purgatif, que l'on continue jusqu'au septième ou huitième jour. Dans les cas rares où la colique n'a pas entièrement cessé le quatrième jour, il faut encore donner une

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 401.

*goutte d'huile de croton*, qu'on peut même répéter les jours suivants, si par hasard toutes les traces de la maladie n'avaient pas disparu.

» Lorsque le malade vomit l'huile de croton, un quart d'heure ou une demi-heure après son introduction, il faut *la mélanger avec 30 grammes d'huile de ricin*, ou l'administrer en *lavements à une dose double de celle prescrite par la bouche*.

» En même temps qu'on administre l'huile de croton, il est bon que le malade fasse usage d'une *grande quantité de tisane*. La plupart des nôtres buvaient chaque jour *deux ou trois pots d'orge miellée*.

M. Grisolles conseille, s'il y a des symptômes saburraux, de commencer par administrer l'*éméto-cathartique* suivant :

℞ Tartre stibié... 0,10 ou 0,15 gram. | Sulfate de soude... 15 gram.

On favorise l'action évacuante par des *lavements purgatifs*.

Tous les soirs on donne de 5 à 10 centigrammes d'*opium* pour procurer un peu de sommeil.

Il n'est pas rare de voir la première administration de l'huile de croton produire une amélioration des plus marquées; mais l'expérience a prouvé qu'il ne fallait pas s'arrêter, et que le remède doit être donné au moins pendant trois jours; et si plus tard les accidents se reproduisaient avec une certaine intensité, il ne faudrait pas hésiter à revenir à son emploi.

Telles sont, comme nous l'avons dit plus haut, les seules médications dans lesquelles on puisse, jusqu'à nouvel ordre, avoir une entière confiance; mais on a vanté encore d'autres moyens que nous allons énumérer :

M. Aran (1) emploie le chloroforme en applications *loco dolenti*, dans une potion, à la dose de 30 gouttes, et en lavements; les doses peuvent être répétées dans la journée, mais ce médicament n'est employé qu'à titre d'adjuvant. On n'a pas besoin, comme pour l'opium et la belladone, de se préoccuper des conséquences de son emploi. Les coliques sont très promptement calmées.

M. Malherbe (2) remplace l'opium par la *belladone*, qui, outre son action sédative, possède également des propriétés légèrement laxatives. Il dit avoir obtenu de bons résultats dans 29 cas dans lesquels il a employé ce médicament de la manière suivante :

Le premier jour, extrait de belladone 0,05 gram. unis à 0,10 gram. de poudre de racine de la même plante. Si l'action du médicament est évidente, il continue à la même dose pendant trois ou quatre jours, puis diminue et cesse; dans le cas contraire, il va jusqu'à doubler et même tripler ces doses.

Les *boissons chargées d'hydrogène sulfuré*, proposées d'abord par Lalouette, puis par MM. Chevallier et Rayer, sont aujourd'hui abandonnées; la *limonade sulfurique*, vantée par M. Foucat et surtout par M. Gendrin (3), est un moyen reconnu infidèle par tous les autres expérimentateurs; l'*alun*, le *mercure*, le *fer*.

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, 15 avril 1852.

(2) *Revue médico-chirurgicale de Paris*, décembre 1850.

(3) *Transactions médicales*. Paris, 1832, t. VII. — *Lettre à l'Académie des sciences* 11 février 1840. — *Annales d'hygiène*. Paris, 1841, t. XXV, p. 463; t. XXVI, p. 543.



**le plomb**, qui a été prescrit lui-même, ne méritent pas plus de confiance. La *méthode antiphlogistique* a été vantée par un certain nombre de médecins; mais dans les cas où elle a paru avoir du succès, on a mis en usage des purgatifs, et tout porte à croire que c'est à eux qu'on doit la guérison de la maladie. Dans un certain nombre de cas, l'*opium* et les autres narcotiques ont eu un effet plus marqué; mais aujourd'hui tout le monde reconnaît qu'il est nécessaire de les associer aux évacuants. On a encore conseillé la *noix vomique*, mais ce médicament est abandonné.

Dans ces derniers temps, M. Sandras (1), ayant traité un assez grand nombre de sujets par le *persulfure de fer*, a obtenu des guérisons remarquables, et regarde ce moyen comme supérieur au traitement de la Charité; il est à désirer que ces expériences soient continuées. Le *tabac* en fomentations et en lavements a été également conseillé par des médecins qui ont été sans doute trompés par quelques cas exceptionnels de guérison. Quant au traitement très compliqué de M. Ranque, nous ne l'exposerons pas ici, parce que rien ne prouve qu'il ait une efficacité approchant de celle de la méthode évacuante; nous dirons seulement qu'il est à la fois *révulsif* et *calmant*.

## ARTICLE XVIII.

### ACCIDENTS CÉRÉBRAUX SATURNINS.

Les accidents cérébraux saturnins avaient passé inaperçus ou avaient été attribués à d'autres causes qu'à l'intoxication saturnine jusqu'à ces trente dernières années; alors on commença à publier quelques observations qui prouvèrent que les symptômes cérébraux étaient véritablement le résultat de l'empoisonnement par le plomb; et enfin, en 1836, M. Grisolles (2) a pu, à l'aide d'un certain nombre de faits bien observés, donner l'histoire des principales formes qu'affectent les accidents cérébraux saturnins. Aussi est-ce à cet auteur que nous devons emprunter les principaux détails de cet article.

#### § I. — Symptômes.

Les formes dont il s'agit sont au nombre de trois : 1° *forme délirante*, 2° *forme convulsive*, 3° *forme comateuse*. Nous les décrirons successivement après avoir dit un mot des prodromes qui leur sont communs.

*Début, prodromes.* — Dans un certain nombre de cas, la maladie survient tout à coup et d'une manière foudroyante, revêtant tantôt une forme, tantôt une autre. Bien plus souvent les choses se passent autrement : chez des individus dont la plupart viennent d'être en proie à la colique de plomb, et dont quelques-uns éprouvent encore les symptômes de cette colique, il survient les symptômes suivants : céphalalgie frontale ou sincipitale; vertiges, sommeil agité ou somnolence, hébétude du regard, accélération du pouls; inquiétude ou tristesse, parfois amaurose; engourdissement, fourmillements ou douleurs dans les membres.

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 432.

(2) *Journal hebdomadaire*, t. IV.

**1° Forme délirante.** — Cette forme se remarque chez un quart des individus affectés d'accidents cérébraux. Le *délire* consiste quelquefois en une simple distraction ; plus souvent c'est un *délire furieux* avec vociférations, injures, coups donnés aux personnes qui approchent les malades, et parfois illusions et hallucinations. Dans un certain nombre de cas, entre les paroxysmes, les malades recouvrent en partie leur raison.

Le délire est *continu*, mais avec des exacerbations ordinairement très violentes et irrégulières ; pendant ces *paroxysmes*, la raison est toujours complètement perdue.

Ce délire peut se dissiper de lui-même, au bout de quatre ou cinq jours, après un sommeil paisible, et les malades ne conservent qu'une idée confuse de ce qui s'est passé. Ces cas ne sont pas, à beaucoup près, les plus fréquents, et, dans un certain nombre d'entre eux, les rechutes sont à craindre. Quelques sujets *meurent subitement* au plus fort de leur délire ; d'autres se *donnent la mort*, et dans le plus grand nombre des cas, cette forme délirante se *termine par la forme comateuse*.

**2° Forme convulsive.** — Cette forme a reçu les noms de *forme épileptique* ou d'*épilepsie saturnine*. M. Grisolles n'a jamais pu constater l'existence de l'*aura epileptica*. Voici les différentes variétés que présente l'épilepsie saturnine :

Quelques individus (un septième) *tombent subitement sans connaissance* : la *sensibilité* est abolie, les *yeux* sont fixes ; on n'observe *aucune convulsion*. Cet état dure *plusieurs heures*.

« Lorsque, dit M. Grisolles, à qui nous empruntons ces détails, les malades reprennent connaissance, ils *ne jouissent pas immédiatement de la plénitude de leurs facultés intellectuelles* ; ils ne se rappellent ni leur attaque, ni souvent les circonstances qui l'ont précédée ; leur physionomie porte l'empreinte d'une *stupeur* profonde ; leurs membres sont tremblants ; ils chancellent, ils sont debout, et ne saisissent les objets extérieurs qu'avec hésitation ; leurs idées sont confuses ; leur parole est lente, embarrassée.

» Bientôt, c'est-à-dire après huit ou dix minutes, une ou plusieurs heures, une *nouvelle attaque* se déclare : celle-ci s'accompagne ordinairement de *mouvements convulsifs* ; on voit alors la figure du malade *s'injecter* tout à coup, puis, et en un instant presque indivisible, la rougeur est remplacée par la *pâleur* de la mort. Si l'individu est debout, il *tombe à la renverse* comme une masse inerte, insensible à tous les excitants extérieurs. Aussitôt *tout son corps se roidit* ; les membres, les supérieurs surtout, éprouvent de légères *secousses* ; on n'observe pas généralement de mouvements désordonnés qui poussent les malades hors du lit où ils reposent. Ordinairement la roideur, quelquefois presque tétanique, prédomine dans un côté : alors on voit la *face* horriblement défigurée ; les commissures sont fortement tirées à droite ou à gauche ; les paupières sont fermées ou largement ouvertes ; les *yeux* fixes ou roulants : toutes les parties sont agitées de petits mouvements convulsifs. La *langue*, dans la moitié des cas, saisie entre les dents, est déchirée ; une *salive écumeuse*, très rarement sanguinolente, inonde les lèvres, en même temps que le gonflement des veines du cou et la turgescence violacée de la face viennent augmenter encore l'horreur d'un pareil tableau.

» Pendant que ces phénomènes existent, la *respiration* est courte et pénible.

Ille devient bruyante, stertoreuse, lorsque la résolution arrive. Alors la pâleur remplace la teinte violacée de la face; la peau se couvre de sueur; les membres sont dans une résolution complète; les pupilles sont largement dilatées; la sensibilité générale continue d'être abolie; mais l'attaque est terminée après une durée moyenne de quelques minutes seulement.

» Quant à la marche ultérieure de l'affection, elle varie suivant les cas. Sur plus de la moitié des malades, après quatre ou dix minutes, la sensibilité revient progressivement; l'intelligence reste obtuse; le malade néanmoins est susceptible de percevoir quelques sensations; il peut fournir quelques renseignements, mais communément il exprime mal ses pensées; il bredouille souvent des mots intelligibles. Quelques-uns, à peine réveillés, s'agitent et vocifèrent; ils sont devenus maniaques; d'autres sont tourmentés par des idées sinistres, ou ont des visions effrayantes. Cette agitation furibonde, ces pensées tristes, cessent après quelques minutes, ou au plus tard après quelques heures, et sont remplacées par une nouvelle attaque d'épilepsie, ordinairement plus intense que la première. Alors les accès se rapprochent de plus en plus; ils deviennent presque subintrants lorsque la maladie doit avoir une terminaison fâcheuse; dans leurs intervalles, qui sont fort courts, les malades ne recouvrent pas leur intelligence, mais restent plongés dans un état comateux et une insensibilité absolue.

» Dans quelques cas peu fréquents (une fois sur six), les convulsions sont irrégulières et difficiles à caractériser: c'est ce qui a fait dire à Stoll que presque tous les genres de convulsions ont lieu dans la colique saturnine, mais principalement la plus grave de toutes et qui attaque tout le corps, l'épilepsie, qui saisit, quitte, reprend les malades dans tous les temps et lorsqu'ils y pensent le moins.

• La forme convulsive peut être irrégulière dès le début, ou le devenir après des attaques d'épilepsie souvent répétées; dans ces cas, ces convulsions sont partielles, affectent la face entière ou l'un de ses côtés seulement; un ou plusieurs membres sont à la fois frappés de contracture permanente, persistant sans interruption trois, quatre, six heures et plus, jusqu'au terme fatal. Enfin on a vu des malades devenir stépileptiques, mais cette forme de convulsion est la plus rare de toutes; nous ne l'avons jamais rencontrée.

• La mort arrive souvent après des phénomènes d'asphyxie, tantôt subitement, tantôt par une sorte de suspension de l'action nerveuse, tantôt sans convulsions et dans un état de coma qui peut persister de quelques heures à un jour. •

3° *Forme comateuse.* — Nous avons vu que les deux formes précédentes se terminent fréquemment par le coma; dans quelques cas aussi, la forme comateuse se manifeste d'emblée, et alors on observe les phénomènes suivants: D'abord le malade ne paraît plongé que dans une somnolence profonde, dont on peut encore le tirer de manière à en obtenir quelques réponses sur ce qu'il éprouve actuellement; il est généralement calme, mais par moments il fait entendre quelques plaintes, s'agite, se met sur son séant, sur ses genoux, etc. Les yeux sont fermés ou largement ouverts; mais dans les deux cas la vue est abolie, il y a amaurose. Si la maladie ne se transforme pas en épilepsie, le malade revient à lui; il a seulement l'air étonné, il ne répond pas encore, et les facultés ne se rétablissent que peu à peu.

## § II. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Tels sont les symptômes et la *marche* qui caractérisent ces troubles cérébraux; quant à la *durée*, voici ce qu'a constaté M. Grisolles : « La durée de la maladie varie, dit-il, suivant la forme des accidents. Le *délire*, s'il est intermittent, peut se prolonger, sans entraîner la mort, pendant quatre, six, neuf et dix-sept jours. Les *attaques d'épilepsie* peuvent se répéter à des intervalles plus ou moins rapprochés, depuis quelques minutes jusqu'à six ou sept jours. Enfin l'*état comateux* persiste le plus souvent de deux à six jours; mais dans quelques cas heureusement fort rares, la durée de l'affection, considérée en général, est très courte; car quelques heures, quelques minutes, quelques secondes même suffisent pour emporter les malades. »

Les *récidives* ne sont pas rares, alors même que les malades ne se soumettent plus à l'action délétère du plomb; mais M. Grisolles a constaté, d'après les faits qu'il a pu observer, qu'elles ne paraissent plus à craindre après la fin du second septénaire.

## § III. — Lésions anatomiques.

Dans plus de la moitié des cas, il n'y a aucune lésion appréciable. Chez les autres sujets, on trouve une augmentation de volume du cerveau; les circonvolutions sont serrées et aplaties, et la dure-mère est distendue. Les ventricules sont vides, et leur cavité a perdu une partie notable de sa capacité. Quelquefois la pulpe cérébrale a une coloration jaunâtre.

## § IV. — Diagnostic, pronostic.

Les symptômes décrits plus haut n'ayant rien de pathognomonique, c'est par l'existence actuelle ou antérieure d'autres accidents saturnins, et en particulier de la colique, qu'on arrivera au diagnostic. Si l'amaurose existe, elle mettra aussi sur la voie par sa brusque apparition et sa disparition au bout de quelques jours. L'état constamment calme du pouls mérite encore de fixer l'attention.

*Pronostic.* — La mortalité est de plus de la moitié; c'est dire toute la gravité du pronostic. La forme convulsive est la plus grave. Il est rare que le malade se relève quand il a passé le sixième ou le septième jour.

## § V. — Traitement.

Nous devons convenir que nos ressources thérapeutiques sont très bornées. La saignée et les applications froides sur la tête sont, d'après M. Grisolles, non-seulement inutiles dans la grande majorité des cas, mais encore nuisibles. Nous devons dire néanmoins que, dans les cas assez nombreux que nous avons observés et traités, une ou deux applications de sangsues au cou ne nous ont pas paru aggraver les accidents.

M. Grisolles pense qu'un large *vésicatoire* sur tout le cuir chevelu peut être utile dans la forme comateuse; mais ce n'est encore qu'une présomption. Il en est de même des *affusions froides*.

L'*opium* est utile dans le *délire furieux* ; il calme, et procure le sommeil. On administre sous forme de lavements (quinze ou vingt gouttes de laudanum dans un demi-lavement émollient).

Le *sulfate de quinine* et les *antispasmodiques* ont constamment échoué.

Le *traitement de la Charité*, ou toute autre méthode évacuante, ne produit aucun effet contre les accidents cérébraux.

M. Rayer, cité par M. Tanquerel, a fini par abandonner tous ces traitements plus qu'incertains, et, s'en tenant à la *méthode expectante*, il a vu, sur trente-quatre malades, un seul cas de mort. Ce résultat est bien remarquable, et tend à prouver que les remèdes préconisés sont plus qu'inutiles, qu'ils sont très nuisibles.

## ARTICLE XIX.

### ARTHRALGIE SATURNINE.

Après la colique de plomb, l'arthralgie saturnine est la plus fréquente de toutes les affections qui sont dues à l'intoxication causée par ce métal. Jusqu'à M. Tanquerel, on s'était contenté de signaler des douleurs plus ou moins vives dans différentes parties du corps chez les sujets soumis à l'influence du plomb ; cet auteur nous a donné une description détaillée et intéressante de la maladie (1).

#### § I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'*arthralgie saturnine* est caractérisée par des douleurs des membres sans trajet déterminé, diminuées par la pression, augmentées par les mouvements, et offrant des exacerbations plus ou moins marquées.

Ces douleurs avaient été désignées par Sauvages sous le nom de *rhumatisme métallique*.

#### § II. — Causes.

En général, les ouvriers les plus exposés à la colique de plomb sont aussi les plus sujets à l'arthralgie saturnine. Il faut seulement noter que les ouvriers des fabriques de minium sont beaucoup plus sujets à l'arthralgie qu'à la colique. La plus ou moins grande violence de la colique de plomb n'a pas de rapport direct avec le développement de l'arthralgie.

#### § III. — Symptômes.

*Prodromes.* — Outre les signes d'intoxication générale, le malade éprouve ordinairement pendant quelques jours un engourdissement et une lassitude variables dans les membres qui doivent être affectés. Cet état est d'abord passager, existant le matin et se dissipant dans la journée. Il devient peu à peu plus intense et de plus longue durée ; dans quelques cas, les douleurs débutent brusquement ; dans le plus grand nombre, le début de l'affection a lieu la nuit.

*Symptômes.* — La douleur est le principal symptôme de cette affection ; le

(1) *Loc. cit.*, t. I.



*siège* de cette douleur peut être dans presque toutes les parties du corps, mais se montre ainsi qu'il suit dans l'ordre de fréquence : membres inférieurs, le thorax, dos et tête. Il n'est pas rare de voir plusieurs de ces points, et notamment les membres inférieurs et les membres supérieurs, être affectés à la fois.

Dans les membres, la douleur a son siège principal dans le sens de la flexion ; les limites sont très variables ; et, ainsi que nous l'avons dit plus haut, elle ne suit un trajet fixe comme la névralgie.

Cette douleur a, du reste, tous les caractères de l'élanacement névralgique : lancérante, brûlante, poignante, etc. Elle a, en général, des *paroxysmes* très fréquents, pendant lesquels les malades sont souvent en proie à une très vive agitation. Dans un certain nombre de cas, elle ne consiste, au contraire, que dans un simple malaise.

Après les accès, les malades n'ont plus qu'un sentiment de brisement et de constriction des parties affectées.

Ces accès sont plus ou moins rapprochés, quelquefois très fréquents ; un refroidissement, une sensation de froid peuvent les provoquer ; ils ont lieu ordinairement la nuit.

Il est ordinaire de voir la douleur *diminuée par la pression*. Cependant il faut dire que la pression n'a pas été exercée avec tout le soin possible, et il ne faut pas oublier ce fait, que les douleurs du ventre, dans la colique de plomb, sont souvent apaisées par une pression large, et augmentées par une pression exercée avec la pointe des doigts. N'en serait-il pas de même dans l'arthralgie ? Nous regrettons de n'avoir pas encore fait cette expérience ; ce qu'il y a de certain, c'est que, dans quelques cas, la pression exaspère la douleur.

Des *crampes*, des *spasmes*, la *rigidité* des muscles des parties affectées accompagnent la douleur, principalement au moment des accès.

Du reste, il n'y a rien d'apparent à la peau, et le malade est *sans fièvre*.

Les diverses fonctions des organes voisins de parties occupées par la douleur sont plus ou moins troublées : ainsi, dans la douleur de la poitrine, la respiration est gênée ; dans celle de la face, la sécrétion des fosses nasales se supprime, etc.

La douleur se porte souvent d'un point dans un autre, quelquefois elle en occupe un grand nombre à la fois.

#### § IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est, en général, très irrégulière ; quelquefois les symptômes se dissipent brusquement ; plus souvent ils diminuent progressivement. Dans un certain nombre de cas, la marche de la maladie est *chronique*.

Les *rechutes* et les *récidives* sont fréquentes et longtemps à craindre.

Si l'on abandonne la maladie à elle-même, elle peut se perpétuer ; bien traitée, elle n'a ordinairement qu'une durée de trois à six jours. Il est fréquent de voir la *paralysie* succéder à l'arthralgie saturnine.

#### § V. — Diagnostic, pronostic.

Il est évident que la maladie ne saurait être confondue qu'avec une *névralgie*. Ce qui distingue ces deux affections, c'est que, dans l'arthralgie, la douleur



it pas de trajet déterminé, et qu'il n'y a pas de points douloureux circonscrits. Je ne parle pas de la douleur à la pression ; car, dans quelques cas, elle existe dans cette maladie, comme dans les névralgies, ainsi que nous l'avons vu us haut.

### § VI. — Traitement.

Les *bains sulfureux* donnés tous les jours, pendant sept ou huit jours, ou plus, le cas l'exige, sont, d'après l'expérience, un des moyens auxquels on doit avoir plus de confiance.

Il résulte des expériences de MM. Guillot et Melsens (1) que l'*iodure de potassium* a une très grande efficacité contre l'intoxication saturnine. Depuis l'époque où ils ont fait leur communication à l'Institut, nous avons plusieurs fois employé ce sel à la dose de 2 grammes par jour chez des sujets affaiblis, cachectiques, éprouvant des douleurs dans plusieurs parties du corps, et ce traitement a toujours été suivi promptement des meilleurs effets. On ne saurait donc trop engager les praticiens à le mettre en usage.

## ARTICLE XX.

### PARALYSIE SATURNINE.

C'est encore à M. Tanquerel que nous devons l'histoire détaillée de la paralysie saturnine, qui, avant lui, avait été indiquée, mais non décrite.

Il est rare que cette paralysie se déclare primitivement ; presque toujours elle montre après la colique et l'arthralgie. Une sensation de froid, d'engourdissement, de la difficulté dans les mouvements, annoncent pendant un temps variable paralysie.

### § I. — Symptômes.

M. Grisolles ayant donné un bon résumé de la symptomatologie, d'après les travaux de M. Tanquerel, nous croyons devoir lui emprunter le passage suivant :

« La paralysie est rarement générale et complète ; mais le plus souvent elle est bornée à un système de muscles ; elle peut même être circonscrite à un seul muscle, ou à un seul de ses faisceaux. Les membres supérieurs sont cinq ou six fois plus souvent atteints que les inférieurs ; il n'est pas rare que les quatre membres soient simultanément affectés : presque toujours la paralysie est bornée aux muscles extenseurs ; elle s'étend fréquemment aussi aux muscles qui concourent à l'articulation de la voix. Ainsi les malades qui peuvent encore se tenir debout, tremblent sur leurs jambes ; leurs mouvements sont incertains ; leurs jambes et leurs cuisses sont fléchies à cause de la paralysie des muscles de la partie antérieure (muscles extenseurs) ; les membres supérieurs sont pendants le long du tronc, si la paralysie est complète ; mais le plus souvent celle-ci n'atteint guère que les muscles extenseurs du poignet et des doigts. Ces parties sont alors fléchies ; les malades ne peuvent plus saisir aucun objet, tandis qu'ils conservent les mouvements de l'épaule du bras.

(1) Voy. *Bulletin général de thérapeutique*, mars 1849.

• Chez ces individus, les lèvres sont ordinairement tremblantes ; la *langue* se mouvoir difficilement, la *parole* est embarrassée, il y a parfois du bégayement si la paralysie porte sur quelques muscles du *larynx*, il peut y avoir *aphasie* mais cet accident est rare. Il en est de même de la paralysie des muscles intercostaux, qui, lorsqu'elle existe, amène bientôt la mort par *asphyxie*. La *sensibilité* est presque toujours intacte dans les membres paralysés ; mais chez vingtième des malades environ, les parties privées de mouvement sont également insensibles. Cette insensibilité peut n'atteindre que la *peau*, ou frapper en même temps les parties profondes.

• Lorsque la *paralysie* est devenue *complète* et persiste depuis longtemps, les muscles finissent par s'atrophier. Si la paralysie n'affecte qu'un système de muscles, ceux-ci sont les seuls qui s'atrophient ; ce qui fait un contraste fort remarquable avec les reliefs que forment les muscles des mêmes parties qui ne sont pas paralysés. Ceux-ci alors, en imprimant à une certaine région du corps comme au poignet, par exemple, un état de flexion forcée, et en les tirillant, déterminent le *déplacement* et la *saillie des tendons* et même *des os* du carpe. Lorsque la paralysie saturnine est très étendue, la *nutrition générale* languit, les malades s'affaiblissent, s'étiolent, les *digestions* se dérangent, les membres s'infiltrent, des *eschares* se développent sur les parties qui supportent la pression du corps pendant le *décubitus* ; enfin la mort survient dans le *marasme*. »

Cette paralysie est une de celles où les muscles ne se contractent pas sous l'influence de l'excitation électrique, ainsi que l'a démontré M. Duchenne (de Boulogne) ; ce qui n'empêche pas, ainsi qu'on le verra plus loin, l'électricité d'agir comme moyen curatif.

Nous ajouterons, pour terminer cette description, que la *paralysie du sentiment* que nous venons de voir se montrer avec la paralysie du mouvement, peut quelquefois exister seule. Elle a été décrite par M. Tanquerel, sous le nom d'*anesthésie saturnine*. Elle est complète ou incomplète, et occupe une plus ou moins grande étendue du corps. Son siège de prédilection est aux membres. Il résulte des recherches de M. Beau que l'anesthésie est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait. Il est rare, en effet, de trouver un sujet sous l'influence du plomb qui n'ait la sensibilité de la peau, surtout aux bras, plus ou moins affaiblie. L'*anesthésie* peut aussi se montrer isolée avant ou après d'autres accidents saturnins.

## § II. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La paralysie se produit plus ou moins rapidement ; mais ordinairement la *marche* est lente, et sa *durée* est ensuite illimitée. Par un traitement actif, on obtient, dans un certain nombre de cas seulement, une guérison complète ou incomplète.

## § III. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* ne présente pas de difficultés, car, en supposant qu'on n'ait pas les renseignements, ce qui ne paraît guère probable, la forme de la paralysie la distingue de toutes les autres.

Le *pronostic* est grave, car souvent la paralysie est incurable ; souvent aussi

obtient qu'une guérison incomplète, sans que l'on puisse ordinairement dire d'avance quel sera le résultat du traitement.

#### § IV. — Traitement.

La *méthode évacuante* est inutile. On a employé avec quelque succès les *frictions excitantes* sur les membres malades, ainsi que les *bains de mer*, les *bains sulfureux* et les *bains ferrugineux*; mais ces moyens sont bien souvent infidèles. On est de même des *sinapismes*, des *vésicatoires*, de la *pommade stibiée* sur les parties paralysées.

L'*électricité*, et en particulier le *galvanisme*, ont procuré un certain nombre de guérisons dans des cas très graves, et en général on en obtient de bons effets, alors même que la guérison n'est pas complètement obtenue.

La *noix vomique* a été administrée par M. Fouquier avec des succès remarquables. Aujourd'hui on administre la *strychnine* de la manière suivante :

On commence par en donner *sept ou huit milligrammes* pendant deux ou trois jours; puis on en donne *un centigramme*, et l'on augmente graduellement la dose jusqu'à ce que le malade en prenne *cinq, six ou sept centigrammes* par jour. Lorsqu'on arrive à ces dernières doses, il faut surveiller attentivement les effets du remède, qui pourrait causer des accidents. Il est rarement nécessaire de les délasser. La strychnine s'administre *en pilules* ou *dans une potion*. On peut encore faire absorber par la *méthode endermique*.

Il résulte des faits observés par M. Tanquerel, que *ces trois moyens réunis*, les bains sulfureux, l'électricité et la strychnine, constituent la médication qui procure plus de guérisons.

### ARTICLE XXI.

#### PROPHYLAXIE DES AFFECTIONS SATURNINES.

Nous nous contenterons de citer l'extrait suivant d'un rapport fait par Combes à l'Académie des sciences; il renferme les principaux points du *traitement prophylactique*.

« Les maladies des ouvriers cérusiers peuvent être généralement prévenues par substitution des procédés mécaniques au travail manuel dans les opérations où les hommes sont obligés de toucher ou de manier la ceruse; par l'intervention de l'eau dans la séparation des écailles des résidus de plomb, la pulvérisation de ces écailles et le criblage qui la suit; par la substitution du moulage en prismes ou en cylindriques à l'empotage de la ceruse broyée à l'eau; par le broyage à l'huile, dans la même fabrique même, à l'aide d'appareils convenables, de toute la ceruse qui subit cette manipulation avant d'être mise en œuvre; par la clôture, dans des chambres isolées des ateliers, de tous les mécanismes servant à la pulvérisation, tamisage ou moulage à sec de la ceruse, lorsque ces opérations sont indispensables. On prévient l'issue de la poussière par les ouvertures que nécessitent l'introduction des matières et le passage des arbres de transmission du mouvement, en dirigeant des courants d'air vers l'intérieur des chambres, surmontées, à cet effet, d'un tuyau en forme de cheminée élevé au-dessus du toit, et en faisant tourner les arbres de

transmission dans des anneaux de matière élastique ou des bourrelets constamment humectés et fixés aux parois. Enfin, on compléterait ces mesures par une surveillance très active des ateliers, et par des précautions hygiéniques d'une observation facile pour les ouvriers. »

Telles sont les maladies causées par le plomb. Nous ne croyons pas devoir entrer dans de plus grands détails sur la prophylaxie de l'intoxication saturnine aux fabriques. C'est un point d'hygiène que les médecins attachés à ces établissements doivent étudier dans les ouvrages spéciaux, et particulièrement dans celui de M. Tanquerel, qui a traité avec soin ce point important.

FIN DU CINQUIÈME ET DERNIER VOLUME.

---

# APPENDICE

---

## ANIMAUX PARASITES (1).

### ENTOZOAIRE.

[Nous ne dirons rien ici des entozoaires : nous renverrons le lecteur à l'article **VERS INTESTINAUX**, t. IV, p. 218 et suiv.

### ECTOZOAIRE.

ANIMAUX PARASITES VIVANT A LA SURFACE DU CORPS DE L'HOMME, OU S'INTRODUISANT PAR LES ORIFICES NATURELS.

Notre intention n'est pas de donner une grande extension à ce chapitre qui ne comprend qu'un petit nombre de faits, dont quelques-uns méritent à peine l'attention du médecin et sont presque du domaine de l'hygiène sociale. Cependant il n'est pas possible aujourd'hui de passer sous silence les faits si intéressants dont l'histoire naturelle a enrichi la médecine, notamment la présence de différents insectes, diptères, lépidoptères, arachnides, et de certains nématodes, comme le *ergonneau*, susceptibles de se nourrir et de se développer sur l'homme, et donnant lieu à des accidents qui réclament l'intervention du médecin.

#### I. — Poux.

**Maladie pédiculaire.** — Nous empruntons en grande partie à l'ouvrage de Moquin-Tandon (2) les détails relatifs à l'histoire naturelle de ces animaux parasites :

Le pou (*Pediculus*) appartient à l'ordre des hémiptères et à la famille des *Homoptères*. Il a pour caractères : des antennes de la longueur du corselet ; un suçoir en gaine inarticulée, armé à son sommet de crochets rétractiles ; deux yeux brillants ; un abdomen plus ou moins découpé sur les bords et six pieds marcheurs.

Les auteurs distinguent quatre espèces de poux : 1° le pou de la tête ; 2° le pou du corps ; 3° le pou des malades ; 4° le pou du pubis.

Le pou de la tête (*Pediculus capitis*), ou pou commun, se trouve principalement sur la tête des jeunes enfants et des personnes malpropres. Les femmes, à cause de l'abondance de leur chevelure dont certaines classes prennent peu de soin ; les

1) Cet article devait être l'article V du chapitre I<sup>er</sup> du livre douzième ; sa place était t. V, p. 181.

2) Moquin-Tandon, *Éléments de zoologie médicale*, 1860, in-12.

vieillards, chez lesquels la malpropreté et l'insouciance sont des conditions favorables au développement de ces parasites; les gens que l'insensibilité de la stupeur ou l'affaiblissement mettent dans l'impossibilité de connaître les besoins de leur corps et d'y pourvoir, sont surtout en proie à cette dégoûtante infirmité. Les malades, les vieillards qui restent couchés et immobiles pendant des semaines entières, ne peuvent s'y soustraire. C'est pour d'autres raisons que l'immense majorité des hommes sauvages, demi-civilisés ou même tout à fait civilisés, portent la présence de ces parasites. La propreté, qui est une demi-virtu, n'est pas assez en honneur parmi les hommes. Il y a tel peuple chez lequel les plus riches vêtements, les étoffes les plus précieuses, recouvrent une malpropreté horrible. En L'Orient, le nord de l'Afrique et certaines parties méridionales de l'Europe sont, à ce rapport, un curieux sujet d'étude pour les visiteurs venant des contrées méridionales ou septentrionales qui ont le respect du corps, sans en avoir le culte. Le manque de propreté n'est pas une excuse suffisante. Au reste, les Lapons, les Groenlandais, les Samois et un grand nombre de peuples du nord de l'Europe et de l'Asie, dont les habitations sont excessivement chauffées et que le froid force à se découvrir, sont tout aussi peu soucieux de se débarrasser de cette vermine.

Les poux ont les deux sexes. Les mâles portent à l'extrémité de l'abdomen, qui est arrondie, un aiguillon écaillé, conique, pointu, avec lequel ils peuvent piquer.

Ils sont ovipares; on désigne leurs œufs sous le nom de *lentes*; on les trouve agglutinés aux cheveux. Ces œufs sont oblongs, blancs et s'ouvrent à leur sommet. Les petits éclosent au bout de cinq à six jours. Au bout de dix-huit jours ils peuvent se reproduire. L'observation a démontré qu'un pou donne une trentaine d'œufs en six jours. On comprend combien est rapide la multiplication de ces parasites.

Les poux sont munis d'un suçoir protractile, à l'aide duquel ils sucent le sang du chevelu; ils y produisent ainsi des démangeaisons très vives. D'après certains observateurs, les démangeaisons seraient surtout produites par l'aiguillon abdominal du mâle.

Le pou du corps est un peu plus grand, moins coloré et moins gris que le pou de tête. Il occasionne des démangeaisons plus vives que le précédent. On le trouve surtout dans la barbe, sur la poitrine et dans toutes les parties pourvues de poils.

Le pou des malades (*tabescentium*) est d'un jaune pâle. Il a une tête arrondie, ses antennes sont plus longues et son corselet plus grand que dans le pou du corps.

On assure, dit M. Moquin-Tandon, que cette espèce pond ses œufs sous l'épiderme; que chaque nid devient une phlyctène, une ampoule, d'où s'échappent dès qu'ils sont éclos, les petits poux. Ce seraient ces animaux qui donneraient naissance à la maladie pédiculaire ou *phthiriasis*.

« Cette maladie (1) est indiquée par beaucoup d'auteurs. Forestus parle d'une jeune fille qui en était affligée, et Borellus d'un soldat. Bernard Valentin donne l'histoire d'un homme de quarante ans qui avait des démangeaisons insupportables par tout le corps et des tubercules volumineux remplis d'un nombre prodigieux de poux. Breinser a trouvé une fois une masse de

(1) Moquin-Tandon, loco cit.



dans une tumeur de la tête. M. Jules Cloquet a vu, chez un autre malade, des milliers de ces animaux accumulés dans une poche sous-cutanée. Cazal (d'Agde) cite un vieillard de soixante-cinq ans, qui ne pouvait pas se gratter sans faire sortir de son col et de ses épaules un véritable essaim de vermine qui se renouvelait avec une étonnante rapidité. Le docteur Jules Sichel a publié (1825) un essai monographique sur la *phthiriasis*, dans lequel il passe en revue les différents sièges de cette maladie. »

Le *pou du pubis*, vulgairement appelé *morpion*, a le corps très élargi et aplati; son corselet est très court. Les quatre pattes postérieures sont grandes, recourbées et pourvues d'un crochet. Ses œufs sont oblongs et embrassent les poils dans une espèce de gaine, ce qui fait qu'on les enlève difficilement. Cette espèce vit sur les poils des organes génitaux et s'étend à tout le corps, jusque dans la barbe, les sourcils et mêmes les cils. La multiplication de ces insectes est extrêmement rapide. Leur piqure cause des démangeaisons insupportables. On les trouve surtout à la base des poils, où ils adhèrent tant au poil même qu'à la peau. Cette vermine, qui se transmet souvent par les rapports sexuels, est considérée dans le peuple comme la plus honteuse de toutes. Il serait à désirer que des instructions médicales, destinées aux classes pauvres et peu éclairées, fussent répandues à profusion, afin de leur enseigner les moyens bien simples de se débarrasser de ces parasites.

*Phthiriasis* ou *maladie pédiculaire* (φθειρ, pou). — Les anciens avaient donné une place spéciale dans la médecine à cette maladie vraie ou prétendue telle, dont nous ne nous faisons aujourd'hui aucune idée. Les livres anciens sont remplis d'histoires extraordinaires à cet égard. Aujourd'hui nous ne croyons plus à cette maladie, ou plutôt les connaissances en histoire naturelle dont s'est enrichie la médecine, ne permettent pas de l'admettre. Les arguments de M. Pouchet (1) n'ont pas pu nous convaincre : nous croyons que la génération spontanée n'existe pas, et que ce qu'on a pris pour cause est effet. C'est dans le cours de graves maladies que la malpropreté permet aux parasites animaux de se développer et de se multiplier sur le corps de l'homme; encore de semblables faits ne se montrent-ils jamais chez les malades entourés de soins vigilants.

Les poux produisent des démangeaisons et quelquefois amènent une maladie de peau que la gale entraîne également, nous voulons parler du *prurigo*. On l'appelle *prurigo pedicularis*. Souvent les démangeaisons vives qu'éprouvent les malades, le besoin incessant de se gratter, les coups d'ongles qui déchirent la peau, n'ont autre cause que ce parasite, et c'est à quoi les médecins doivent prendre garde, pour ne pas tomber dans des erreurs ridicules. Il est inutile de dire que notre pays n'est heureusement, et grâce aux médecins, débarrassé, nous l'espérons du moins, de ce préjugé barbare qui faisait respecter par les parents, comme utile, la malpropreté de la tête chez les jeunes enfants.

*Traitement.* — Outre l'usage du peigne fin, la tête des gens atteints de poux doit être soumise à des lavages fréquents à l'eau de savon. Les corps gras ont la propriété de tuer, en empêchant la respiration chez les insectes, aussi l'axonge ou autres graisses ou pommes devront-elles être employées. Il n'est pas utile d'em-

(1) Voyez Pouchet, *Hétérogénie ou Traité de la génération spontanée*, basé sur de nouvelles expériences. Paris, 1859, in-8.

ployer l'onguent mercuriel comme on le fait généralement, d'autant que la matière grasse agit ici seule. Le mercure a d'ailleurs l'inconvénient d'exposer à la salivation exagérée et à la stomatite. Lorsque le corps tout entier est couvert de ces parasites, ce qui convient le mieux c'est l'usage de corps gras et les bains, principalement les bains sulfureux. L'usage de poudre de tabac, de staphisaigre, de pyrèthre, est aussi très efficace.

## II. — Puce.

Nous ne dirons que peu de choses de cet insecte, dont la description, au point de vue de l'histoire naturelle, ne saurait être faite dans un livre de la nature de celui-ci. Nous dirons seulement quelques mots de son appareil buccal. Sa bouche se compose de trois parties : 1° de palpes articulés ; 2° de deux lames ou lances dentées qui servent à percer la peau et à faire sourdre le sang que l'animal suce au moyen des contractions de son jabot ; 3° d'une gaine dans laquelle se meuvent les lames ou scies perforantes.

Les contrées méridionales en sont surtout infectées. La morsure de la puce produit une tache lenticulaire, quelquefois assez large, rose, au centre de laquelle on voit une petite perforation. Ces piqûres donnent quelquefois lieu à une démangeaison excessive, et la peau, à leur niveau, est le siège d'une légère tuméfaction qui se dissipe rapidement. Ces piqûres, lorsqu'elles sont très multipliées, ressemblent, au bout d'un certain temps, à des pétéchies. Il est avéré que chez les personnes atteintes de certaine altération du sang, de scorbut, la piqûre de la puce devient l'occasion d'une ecchymose ou véritable pétéchie. Les accidents causés par les puces sont trop légers pour mériter l'attention du médecin.

La *puce chique*, ou simplement la *chique* (*Pulex penetrans*), plus petite que la précédente, se rencontre principalement au Brésil et dans d'autres parties de l'Amérique du Sud.

Cet insecte pénètre sous la peau de l'homme, principalement aux orteils, sous les ongles et sous la peau du talon. Le développement de l'animal introduit ainsi sous la peau donne lieu à de vives douleurs. Quelquefois il se produit à ce niveau une inflammation avec abcès. Il faut enlever au plus vite ce parasite, opération quelquefois assez délicate, mais sans danger sérieux.

## III. — Filaire.

Le *dragonneau* ou *filaire de Médine* (*Filaria Medinensis*) est un ver (nématodes) blanc, cylindrique, extrêmement long, filiforme ; sa bouche est ronde et porte quatre épines en croix. On a vu de ces vers longs de 40 centimètres et même de 75. L'épaisseur du corps est d'à peu près 2 millimètres (Gervais et Van Beneden). Ce ver est originaire des régions intertropicales de l'ancien continent, surtout de l'Afrique (côte de Guinée et Sénégal). C'est habituellement à la jambe, au niveau de la malléole que l'on trouve ce ver ; mais on en a rencontré aux cuisses, au scrotum, à la poitrine. Il donne lieu à une légère tuméfaction, puis à une démangeaison vive ; la peau rougit, se tend, et quelquefois il se forme un abcès très douloureux. Si cet abcès s'ouvre, on peut distinguer à travers l'ouverture les mouvements ou la forme du ver, que l'on doit chercher à extraire en entier, car s'il vient à se rompre, l'opération est à recommencer et dans des conditions moins

rables. Quelquefois on peut voir la forme du ver se dessiner à travers la peau. Dans pareil cas, il est quelquefois indiqué de pratiquer une incision et d'extraire le ver par une traction modérée et graduée.

Ces animaux sont vivipares et il est important de ne pas les déchirer ou les inciser lorsqu'on peut les extraire.

On ignore de quelle façon ils s'introduisent sous la peau.

Nous ne décrirons pas ici la filaire de l'œil, nous renvoyons le lecteur aux traités de chirurgie (1) et d'ophtalmologie (2).

#### IV. — Tique.

Les tiques ou ixodes sont des arachnides de la famille des acarïens, qui s'attachent à la peau de divers animaux, principalement des chiens, des bœufs, chevaux, daims, etc., et qui, dans quelques cas, ont été trouvés sur la peau de l'homme. Ces animaux sucent le sang en enfonçant leurs appendices buccaux dans la peau, et leur corps acquiert, par le sang qu'ils aspirent, un volume considérable. On s'en débarrasse facilement et nous ne les mentionnons que comme curiosité.

#### V. — Rouget.

Le rouget (*Leptus autumnalis*) est un petit animal acarïen, pourvu de huit pattes, qui se trouve sur les tiges des graminées et les feuilles sèches, sur certains parterres des jardins, et qui s'attache à la peau de plusieurs animaux domestiques et de l'homme lui-même. Il est très petit, difficile à apercevoir, d'une couleur rouge écarlate. Cet animal se montre surtout vers le milieu de l'été. Il s'attache à la base des poils et se rencontre sur les jambes, les cuisses et le bas-ventre. Les enfants et les femmes en sont surtout atteints. Sa morsure ou piquûre, qui a lieu à la suite d'un suçoir, produit de vives démangeaisons. Plusieurs auteurs citent des éruptions d'exanthèmes et d'affections vésiculeuses produits par cet animal. Les bains et les frictions avec des corps gras sont des moyens sûrs de s'en débarrasser.

#### VI. — Larves d'insectes.

1. Mouche. — On a observé un grand nombre de fois la présence de larves de mouches vivant sur les plaies, et de nombreux exemples montrent que ces larves peuvent être déposées sur la peau ou à l'orifice des conduits naturels et vivre habituellement sur le corps de l'homme. M. Hope a publié de nombreuses observations de cette nature (3). Sur cent huit cas contenus dans cet ouvrage, il y en a quatre-vingt-trois qui se rapportent à des larves de mouches.

Nous transcrivons ici deux observations qui sont relatées dans les ouvrages de Cruveilhier (4) et Gervais et Van Beneden (5). La première observation est de Roulin :

1) Vidal, *Traité de pathologie externe*, 5<sup>e</sup> édition. Paris, 1861, t. III, p. 333.

2) Sichel, *Iconographie ophtalmologique*. Paris, 1852-1859. in-4, p. 706.

3) Hope, *On insects and their larvæ occasionally found in the human body* (*Transact. entomol.* Londres, 1840).

4) *Anatomie pathologique générale*. Paris, 1852, t. II, p. 8.

5) *Zoologie médicale Exposé méthodique du règne animal basé sur l'anatomie, l'embryologie et la paléontologie*. Paris, 1859, in-8, t. I, p. 397.

« Un mendiant du Lincolnshire mourut, en 1829, dans les circonstances suivantes : par un temps très chaud, cet homme s'étendit sous un arbre, avoir placé sur sa poitrine, entre sa chemise et sa peau, comme le font souvent les gens du peuple, le peu de pain et de viande qu'il destinait à son prochain repas. La viande fut attaquée par les mouches, et les vers déposés par celles-ci sèrent des aliments sur la peau même de cet homme. Lorsqu'il fut trouvé, il était déjà tellement attaqué que sa mort paraissait inévitable. On le transporta à Asbornby, et l'on fit venir un chirurgien qui déclara qu'il ne survivrait pas longtemps au pansement. Il mourut en effet peu d'heures après. Quand le chirurgien le vit, il présentait déjà un aspect effrayant ; de gros vers blancs, dont l'espèce a été regardée comme étant le *Musca carnaria*, se remuaient dans l'épaisseur de sa peau et dans ses chairs, qu'elles avaient profondément labourées (1). »

L'autre fait a été observé en 1823 ou 1824, à l'hôpital Saint-Louis, par M. J. Cloquet :

« Un chiffonnier, âgé d'environ cinquante ans, fut ramassé dans un champ, voisinage de Montfaucon, où probablement il s'était endormi dans un état comateux d'ivresse, et porté à l'hôpital Saint-Louis ; on ignorait depuis combien de temps il était gisant en cet endroit. Or voici dans quel état il se trouvait : le cuir chevelu était soulevé en tumeurs arrondies, couvertes de perforations irrégulières, à travers lesquelles, au milieu d'une chair purulente fétide, sortait une énorme quantité de vers ou larves du *Musca carnaria* ; de l'ouverture des paupières, écartées et tuméfiées et rapprochées, s'échappaient de quinze à vingt de ces larves parvenues à leur entier développement ; des masses d'œufs, adhérents à la peau, se voyaient en outre au grand angle des yeux et à leur voisinage ; les cornées, devenant opaques, avaient été perforées, ainsi que la sclérotique, par ces mêmes larves, si bien que les deux yeux étaient presque vides. D'autres vers sortaient du nez et des oreilles. Des œufs, en grand nombre, avaient été déposés aux aisselles, à l'orifice du prépuce et au pourtour de l'anus ; quelques-uns paraissaient nouvellement éclos ; mais il n'y avait pas de larves complètement développées.

« Ce malheureux, qui reproduisait dans toute son horreur la maladie de Jod d'Hérode, était dans un assoupissement interrompu par de profonds soupirs, et de fortes expirations qui toujours chassaient hors du nez quelques-unes de ces larves. Il ne répondait d'ailleurs que par des grognements inintelligibles aux diverses questions qu'on lui adressait.

« La surface du corps fut lavée ; les cavités naturelles d'où sortaient les larves, de même que les cavités des tumeurs du cuir chevelu, furent injectées, et les larves extraites avec des pinces aussitôt qu'elles se présentaient. Le cuir chevelu fut frotté avec l'onguent napolitain.

« Au bout de quelques jours, les larves cessèrent de se montrer aux ouvertures naturelles et aux perforations du cuir chevelu, qui tomba presque aussitôt en grène ; cependant les os ne furent pas dépouillés de leur périoste.

« Le malade mourut dans le marasme trois ou quatre semaines après son entrée à l'hôpital. »

(1) Kirby et Spence, t. I, p. 138 ; Roulin, Is. Geoffroy Saint-Hilaire, etc. (*Journal de Médecine* pour l'année 1833).

De pareils exemples, appuyés de l'autorité d'hommes éminents, ne peuvent être usés. D'ailleurs, depuis cette époque, de nouveaux faits, ou identiques ou analogues, se sont accumulés, et actuellement on ne saurait énumérer toutes ces observations.

On a trouvé des larves appartenant à différentes espèces de mouches :

Dans les sinus frontaux d'un homme âgé (Vohlfant) ;

Dans le sinus maxillaire d'une femme (Latham) ;

Dans les gencives et l'intérieur des joues d'un jeune homme, à la Jamaïque ;

Dans l'oreille d'un jeune homme ;

Dans le nez (obs. d'Azara, au Paraguay).

Ces larves, ainsi que celles de certains lépidoptères, ont été trouvées dans les voies digestives chez plusieurs sujets, et rendues par le vomissement. Récemment M. Laboulbène et Ch. Robin ont publié le cas d'une femme observée par J. Dubois, qui rendit, avec les matières vomies et avec les selles, des larves de mouches vivantes appartenant à une espèce d'anthomye.

B. Parmi les insectes qui peuvent vivre parasitairement sur le corps de l'homme, faut citer encore les *œstres* (*Æstrus hominis*). C'est en Amérique que ces cas ont été observés. La Condamine, Barrère et d'autres voyageurs du siècle dernier ont signalé ce fait en 1753. Arture, médecin français à Cayenne, publia des observations ayant trait aux mêmes faits. De Humboldt cite des cas de ce genre. Roulin a publié l'observation d'un jeune homme de Marquita (Nouvelle-Greade) qui avait au scrotum une tumeur conique volumineuse, dont le sommet élargi laissait voir une larve qui fut extraite. Cette larve était très grosse ; elle fut connue pour appartenir au genre *œstridé*, et être semblable aux larves qui se trouvent sous la peau des bœufs et des chevaux. MM. Guérin et Guyon ont publié des observations semblables, recueillies à la Martinique. M. Howship a communiqué à la Société royale de Londres deux faits identiques observés dans l'Amérique du Sud.

Il est inutile de dire que, dans des cas semblables, le diagnostic étant fait, la indication est simple : enlever l'animal parasite qui se présente ainsi à la portée de la main.

Nous pourrions, si le cadre de cet ouvrage nous le permettait, nous étendre sur cette intéressante question des maladies produites par les animaux parasites. L'une des maladies les mieux étudiées sous ce rapport est la gale, autrefois si redoutée, et vaincue aujourd'hui, grâce aux travaux des auteurs modernes, notamment d'Alibert, de MM. Bourguignon, Lanquetin (1), Hardy (2), aux proportions d'une affection locale insignifiante produite par un animal dont l'histoire naturelle est actuellement parfaitement connue. (Voy. l'art. GALE, t. V, p. 420.)]

1) Notice sur la gale, in-8, 1859.

2) Leçons sur les maladies de la peau. 1859, in-8.

# TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE CINQUIÈME ET DERNIER VOLUME.

## LIVRE DIXIÈME.

### MALADIES DES FEMMES.

CHAPITRE I. <b>Maladies de la vulve</b> ..	1
ARTICLE I. VULVITE SIMPLE .....	1
ART. II. VULVITE FOLLICULEUSE. ....	5
§ I. Définition .....	5
§ II. Causes .....	5
§ III. Symptômes .....	5
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie .....	6
§ V. Diagnostic .....	7
§ VI. Traitement .....	7
ART. III. FOLLICULITE VULVAIRE. ....	8
ART. IV. VULVITE PSEUDO - MEMBRANEUSE .....	10
ART. V. VULVITE GANGRÉNEUSE .....	11
ART. VI. NÉURALGIE DE LA VULVE. ....	15
ART. VII. PRURIT DE LA VULVE. ....	18
CHAP. II. <b>Maladies du vagin</b> ..	20
ARTICLE I. HÉMORRHAGIE DU VAGIN. ....	21
ART. II. VAGINITE SIMPLE AIGUE. ....	21
ART. III. VAGINITE CHRONIQUE. — VAGINITE GRANULEUSE. ....	22
§ I. Définition, synonymie .....	22
§ II. Causes .....	22
§ III. Symptômes .....	23
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie .....	23
§ V. Diagnostic, pronostic .....	23
§ VI. Traitement .....	24
ART. IV. VAGINITE DIPHTHÉRITIQUE. ....	25
ART. V. TUMEURS SANGUINES, OU THROMBUS DE LA VULVE ET DU VAGIN. ....	27

APPENDICE. — LEUCORRÉE .....	3
1° Leucorrhée symptomatique. ....	3
2° Leucorrhée idiopathique. ....	3
§ I. Définition, synonymie, fréquence .....	3
§ II. Causes et siège de la maladie. ....	3
1° Causes prédisposantes .....	3
2° Causes occasionnelles .....	3
§ III. Symptômes. ....	4
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie .....	4
§ V. Diagnostic, pronostic .....	4
§ VI. Traitement .....	4
CHAP. III. <b>Maladies de l'utérus</b> ....	5
ARTICLE I. AMÉNORRÉE .....	5
1° Menstruation tardive .....	5
2° Cessation prématurée des règles .....	5
3° Aménorrhée proprement dite. ....	5
§ I. Définition, synonymie, fréquence. ....	5
§ II. Causes .....	5
1° Causes prédisposantes .....	5
2° Causes occasionnelles .....	5
§ III. Symptômes .....	5
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie .....	5
§ V. Lésions anatomiques .....	5
§ VI. Diagnostic, pronostic .....	5
§ VII. Traitement .....	5
ART. II. DYSMÉNORRÉE .....	5
§ I. Définition, synonymie, fréquence. ....	5
§ II. Causes .....	5
1° Causes prédisposantes .....	5
2° Causes occasionnelles .....	5
3° Conditions organiques .....	5
§ III. Symptômes .....	5
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie .....	5
§ V. Lésions anatomiques .....	5



nostic, pronostic .....	74	§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.....	137
lement .....	75	§ V. Lésions anatomiques .....	138
ÉTIOLOGIE .....	83	§ VI. Diagnostic, pronostic.....	138
on, synonymie, fréquence.	84	§ VII. Traitement .....	139
.....	84	ART. IX. MÉTRITE INTERNE. — CA-	
prédisposantes.....	84	TARRHE UTÉRIN.....	139
occasionnelles.....	86	§ I. Définition, synonymie, fréquence.	140
lions organiques.....	87	§ II. Causes.....	140
ptômes .....	88	1° Causes prédisposantes.....	140
he, durée, terminaison,		2° Causes occasionnelles .....	141
ing .....	94	§ III. Symptômes.....	143
is anatomiques.....	96	§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.....	146
nostic, pronostic .....	97	§ V. Lésions anatomiques.....	147
tement .....	98	§ VI. Diagnostic, pronostic.....	148
REGISTION UTÉRINE.....	110	§ VII. Traitement .....	149
on, synonymie, fréquence.	111	ART. X. FONGOSITÉS INTRA-UTÉRINES..	155
.....	111	§ I. Description anatomique.....	156
ptômes.....	112	§ II. Causes.....	158
he, durée, terminaison de		§ III. Symptômes .....	159
e.....	113	§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.....	160
is anatomiques .....	113	§ V. Diagnostic, pronostic.....	160
nostic, pronostic .....	113	§ VI. Traitement .....	161
tement .....	114	ART. XI. MÉTRITE PARÉCHYMATEUSE,	
LA MÉTRITE EN GÉNÉRAL..	115	ENGORGEMENT DE L'UTÉRUS .....	163
TRITE PUERPÉRALE... ..	116	ART. XII. HYPERTROPHIE DE L'UTÉRUS.	165
on, synonymie, fréquence.	116	ART. XIII. CANCER DE L'UTÉRUS.....	171
.....	117	§ I. Synonymie, fréquence.....	171
ptômes.....	118	§ II. Causes.....	171
he, durée, terminaison de		1° Causes prédisposantes .....	171
e.....	120	2° Causes occasionnelles .....	172
is anatomiques .....	120	§ III. Symptômes.....	172
ostic, pronostic .....	121	§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.....	179
tement .....	121	§ V. Lésions anatomiques .....	180
ÉTRITE EXTERNE DU COL		§ VI. Diagnostic, pronostic.....	181
S GRANULATIONS, ÉRO-		§ VII. Traitement .....	184
SIONS SIMPLES, ULCÈRES		ART. XIV. PHYSOMÉTRIE.....	186
DES .....	122	ART. XV. HYDROMÉTRIE.....	189
ms utérines.....	123	ART. XVI. RUPTURE DE L'UTÉRUS....	192
on, synonymie, fréquence.	123	ART. XVII. NÉURALGIE DE L'UTÉRUS,	
.....	124	HYSTÉRALGIE.....	194
ptômes.....	125	CHAP. IV. Déviations de l'utérus... ..	199
se, durée, terminaison de		ARTICLE I. DÉVIATIONS UTÉRIENNES EN	
e.....	128	GÉNÉRAL.....	199
is anatomiques .....	128	§ I. Définition, synonymie, fréquence.	
ostic, pronostic.....	128	divisions .....	202
lement .....	129	§ II. Causes.....	205
lu col de l'utérus.....	131	1° Causes prédisposantes.....	208
is simples.....	132	2° Causes occasionnelles .....	211
philitiques.....	133	§ III. Symptômes .....	213
ÉTRITE AIGUE SIMPLE ...	134	§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.....	216
on, synonymie, fréquence.	134	§ V. Lésions anatomiques.....	217
.....	134		
prédisposantes.....	134		
occasionnelles .....	134		
ptômes.....	135		

§ VI. Diagnostic, pronostic.....	219	§ IV. Causes.....	273
§ VII. Traitement.....	226	1° Causes prédisposantes.....	273
ART. II. ANTÉVERSION.....	249	2° Causes occasionnelles.....	274
§ I. Définition, synonymie, fréquence.	249	3° Causes déterminantes.....	274
§ II. Causes.....	250	§ V. Anatomie pathologique.....	274
1° Causes prédisposantes.....	250	§ VI. Symptômes.....	275
2° Causes occasionnelles.....	250	§ VII. Marche, durée, terminaison de la maladie.....	275
§ III. Symptômes.....	251	§ VIII. Diagnostic, pronostic.....	275
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.....	254	§ IX. Traitement.....	275
§ V. Lésions anatomiques.....	254	ART. II. INFLAMMATION DU TISSU CEL- LULAIRE PÉRI-UTÉRIN ( <i>phlegmon péri- utérin</i> ).....	283
§ VI. Diagnostic, pronostic.....	254	§ I. Définition, synonymie, fréquence	284
§ VII. Traitement.....	255	§ II. Causes.....	284
ART. III. ANTÉFLEXION.....	256	1° Causes prédisposantes.....	284
§ I. Définition, synonymie, fréquence.	256	2° Causes occasionnelles.....	285
§ II. Causes.....	256	§ III. Symptômes.....	285
1° Causes prédisposantes.....	256	§ IV. Marche, durée, terminaison..	285
2° Causes occasionnelles.....	256	§ V. Lésions anatomiques.....	285
§ III. Symptômes.....	257	§ VI. Diagnostic, pronostic.....	285
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.....	258	§ VII. Traitement.....	285
§ V. Lésions anatomiques.....	258	ART. III. INFLAMMATION DES LIGA- MENTS LARGES.....	285
§ VI. Diagnostic, pronostic.....	259	CHAP. VI. <b>Maladies des ovaires</b> ....	285
§ VII. Traitement.....	260	ARTICLE I. OVARITE.....	285
ART. IV. ANTÉVERSION FLEXUEUSE (VA- RIÉTÉ).....	260	1° Ovarite aiguë.....	285
ART. V. RÉTROVERSION.....	261	§ I. Définition, synonymie, fréquence.	285
§ I. Définition, synonymie, fréquence.	261	§ II. Causes.....	285
§ II. Causes.....	262	§ III. Symptômes.....	285
§ III. Symptômes.....	262	§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.....	285
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.....	263	§ V. Diagnostic, pronostic.....	285
§ V. Lésions anatomiques.....	263	§ VI. Traitement.....	285
§ VI. Diagnostic, pronostic.....	263	2° Ovarite chronique.....	285
§ VII. Traitement.....	263	ART. II. KYSTES DES OVAIRES, HYDRO- PISIE ENKYSTÉE.....	285
ART. VI. RÉTROFLEXION.....	264	1° Kystes pileux.....	285
§ I. Définition, synonymie, fréquence.	264	2° Kystes séreux, ou hydropisie enkystée.....	285
§ II. Causes.....	264	§ I. Définition, synonymie, fréquence.	285
§ III. Symptômes.....	265	§ II. Causes.....	285
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.....	266	1° Causes prédisposantes.....	285
§ V. Lésions anatomiques.....	266	2° Causes occasionnelles.....	285
§ VI. Diagnostic, pronostic.....	266	3° Conditions organiques.....	285
§ VII. Traitement.....	267	§ III. Lésions anatomiques.....	285
ART. VII. RÉTROVERSION FLEXUEUSE (VARIÉTÉ).....	268	§ IV. Symptômes.....	285
ART. VIII. LATÉROVERSIONS ET LATÉ- ROFLEXIONS.....	268	§ V. Marche, durée, terminaison de la maladie.....	301
CHAP. V. <b>Maladies des tissus péri- utérins</b> .....	269	§ VI. Diagnostic, pronostic.....	302
ARTICLE I. HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE.	270	§ VII. Traitement.....	302
§ I. Définition, synonymie, fréquence.	270	ART. III. DÉGÉNÉRESCENCES DIVERSES.	302
§ II. Historique.....	270	APPENDICE. — TUMEURS INFLAMMA- TOIRES DU PETIT BASSIN ET DES FOSSES ILIAQUES.....	302
§ III. Division.....	272	Tumeurs inflammatoires causées par la	

on du cæcum ou de l'appen- dal.....	310
lues à une inflammation du ar suite de la perforation avité naturelle ou artificielle nt un liquide.....	312
lues à l'extension d'une in- ion d'un organe au tissu cel- lu petit bassin ou de la fosse .....	312
ues à une inflammation pri- lu tissu cellulaire du petit u de la fosse iliaque.....	312
nition.....	312
ises.....	312
ises prédisposantes.....	312
ises occasionnelles.....	313
mpômes.....	314
arche, durée, terminaison de adie.....	316
ions anatomiques.....	318
agnostic, pronostic.....	319
raitement.....	320
<b>Maladies du sein.....</b>	<b>322</b>
<b>CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.....</b>	<b>322</b>
<b>MALADIES DE LA MAMELLE ES NOUVEAU-NÉS ET LES EN- .....</b>	<b>323</b>
<b>TUMÉFACTIONS DOULOUREUSES LIÈRES A L'ADOLESCENCE ET BERTÉ.....</b>	<b>325</b>
<b>ENGORGEMENT DES MAMELLES.....</b>	<b>325</b>
<b>ENGORGEMENT LAITEUX.....</b>	<b>326</b>
sidérations générales.....	326
uses.....	326
erminaison.....	326
raitement.....	327
<b>HYPERTROPHIE DES MAMELLES.....</b>	<b>327</b>
sidérations générales.....	327
atomie pathologique.....	328
équence.....	328
uses.....	328
mpômes, marche, terminai- .....	329
raitement.....	329
<b>VII. DOULEURS NÉVRALGIQUES MELLES (mastodynne).....</b>	<b>330</b>
sidérations générales.....	330
uses, siège.....	330
agnostic, symptômes, mar- .....	330
raitement.....	331

## LIVRE ONZIÈME.

MALADIES DU TISSU CELLULAIRE, DE L'APPAREIL  
LOCOMOTEUR ET DES ORGANES DES SENS.SECTION I. MALADIES DU TISSU CELLU-  
LAIRE.....

332

## ARTICLE I. OEDÈME DES NOUVEAU-NÉS.....

332

§ I. Définition, synonymie, fré-  
quence.....

333

§ II. Causes.....

333

1° Causes prédisposantes.....

333

2° Causes occasionnelles.....

334

§ III. Symptômes.....

334

§ IV. Marche, durée, terminaison de  
la maladie.....

337

§ V. Lésions anatomiques.....

337

§ VI. Diagnostic, pronostic.....

339

§ VII. Traitement.....

341

## ART. II. ANASARQUE.....

344

§ I. Définition, synonymie, fréquence.....

344

§ II. Causes.....

344

§ III. Symptômes.....

345

§ IV. Marche, durée, terminaison de  
la maladie.....

346

§ V. Lésions anatomiques.....

347

§ VI. Diagnostic, pronostic.....

347

§ VII. Traitement.....

348

SECTION II. MALADIES DE L'APPAREIL  
LOCOMOTEUR.....

349

## ARTICLE I. ARTHRITE SIMPLE AIGUE...

349

§ I. Définition, synonymie, fréquence.....

349

§ II. Causes.....

350

§ III. Symptômes.....

350

§ IV. Marche, durée, terminaison de  
la maladie.....

352

§ V. Lésions anatomiques.....

352

§ VI. Diagnostic, pronostic.....

352

§ VII. Traitement.....

352

## ART. II. ARTHRITE SIMPLE CHRONIQUE.....

355

ART. III. QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR  
LES MALADIES DU SYSTÈME OSSEUX ET  
MUSCULAIRE.....

356

## SECTION III. MALADIES DE L'OREILLE.....

357

## ARTICLE I. OTITE AIGUE.....

357

1° Otite aiguë externe.....

357

2° Otite aiguë interne (*otite aiguë  
de la caisse*).....

359

## ART. II. OTITE CHRONIQUE.....

362

1° Otite chronique externe.....

362

2° Otite chronique interne.....

362

## ART. III. OTALGIE.....

365

SECTION IV. MALADIES DE LA PEAU...	365	2° Causes occasionnelles .....	
CHAPITRE I. <b>Exanthèmes</b> .....	369	§ III. Symptômes .....	
ARTICLE I. <b>ERYTHÈME</b> .....	369	§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie .....	
§ I. Définition, synonymie, fréquence.	369	§ V. Lésions anatomiques .....	
§ II. Causes .....	369	§ VI. Diagnostic, pronostic .....	
§ III. Symptômes .....	370	§ VII. Traitement .....	
ART. II. <b>ERYSIPÈLE</b> .....	372	CHAP. III. <b>Affections bulleuses</b> ...	
§ I. Définition, synonymie .....	373	ARTICLE I. <b>PEMPHIGUS</b> .....	
§ II. Causes .....	373	§ I. Définition, synonymie, fréquence	
1° Causes prédisposantes .....	373	§ II. Causes .....	
2° Causes occasionnelles .....	374	1° Causes prédisposantes .....	
§ III. Symptômes .....	375	2° Causes occasionnelles .....	
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie .....	380	§ III. Symptômes .....	
§ V. Diagnostic, pronostic .....	381	§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie .....	
§ VI. Traitement .....	382	§ V. Lésions anatomiques .....	
ART. III. <b>URTICAIRE</b> .....	390	§ VI. Diagnostic, pronostic .....	
§ I. Définition, synonymie, fréquence.	390	§ VII. Traitement .....	
§ II. Causes .....	390	ART. II. <b>RUPIA</b> .....	
§ III. Symptômes .....	391	§ I. Définition, synonymie, fréquence	
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie .....	392	§ II. Causes .....	
§ V. Diagnostic, pronostic .....	392	§ III. Symptômes .....	
§ VI. Traitement .....	393	§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie .....	
CHAP. II. <b>Affections vésiculeuses de la peau</b> .....	394	§ V. Diagnostic, pronostic .....	
ART. I. <b>ECZÉMA</b> .....	394	§ VI. Traitement .....	
§ I. Définition, synonymie, fréquence.	395	CHAP. IV. <b>Affections pustuleuses</b> .....	
§ II. Causes .....	395	ARTICLE I. <b>IMPÉTIGO</b> .....	
1° Causes prédisposantes .....	395	§ I. Définition, synonymie, fréquence	
2° Causes occasionnelles .....	395	§ II. Causes .....	
§ III. Symptômes .....	396	1° Causes prédisposantes .....	
§ IV. Siège de la maladie .....	398	2° Causes occasionnelles .....	
§ V. Marche, durée, terminaison de la maladie .....	399	§ III. Symptômes .....	
§ VI. Lésions anatomiques .....	399	§ IV. Siège .....	
§ VII. Diagnostic, pronostic .....	400	a. Impetigo larvalis, vulgairement croûtes de lait et teigne muqueuse .....	
§ VIII. Traitement .....	401	b. Impetigo granulata ( <i>teigne granulée</i> ) .....	
ART. II. <b>HERPÈS</b> .....	406	c. Impetigo rodens .....	
§ I. Définition, synonymie, fréquence.	407	V. Marche, durée, terminaison de la maladie .....	
§ II. Causes .....	407	§ VI. Diagnostic, pronostic .....	
1° Causes prédisposantes .....	407	§ VII. Traitement .....	
2° Causes occasionnelles .....	407	ART. II. <b>ECTHYMA</b> .....	
§ III. Symptômes .....	408	§ I. Définition, synonymie, fréquence	
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie .....	414	§ II. Causes .....	
§ V. Lésions anatomiques .....	414	1° Causes prédisposantes .....	
§ VII. Diagnostic, pronostic .....	415	2° Causes occasionnelles .....	
§ VII. Traitement .....	417	III. Symptômes .....	
ART. III. <b>GALE</b> .....	420	§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie .....	
§ I. Définition, synonymie, fréquence.	420	§ V. Lésions anatomiques .....	
§ II. Causes .....	421	§ VI. Diagnostic, pronostic .....	
1° Causes prédisposantes .....	421		

Traitement . . . . .	455	§ II. Causes . . . . .	490
I. PORRIGO ( <i>teigne</i> ) . . . . .	456	1° Causes prédisposantes . . . . .	490
Définition, synonymie, fréquence . . . . .	457	2° Causes occasionnelles . . . . .	490
Causes . . . . .	458	§ III. Symptômes . . . . .	491
Causes prédisposantes . . . . .	458	§ IV. Siège de la maladie . . . . .	492
Causes occasionnelles . . . . .	458	§ V. Marche, durée, terminaison de la maladie . . . . .	493
Symptômes . . . . .	458	§ VI. Diagnostic, pronostic . . . . .	493
Marche, durée, terminaison de la maladie . . . . .	460	§ VII. Traitement . . . . .	494
Lésions anatomiques . . . . .	460	ART. II. LÈPRE ( <i>lepra vulgaris</i> ) . . . . .	502
Diagnostic, pronostic . . . . .	461	§ I. Définition, synonymie . . . . .	503
Traitement . . . . .	461	§ II. Causes . . . . .	503
II. ACNÉ . . . . .	467	§ III. Symptômes . . . . .	503
Définition . . . . .	467	§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie . . . . .	503
Causes . . . . .	467	§ V. Siège de la maladie . . . . .	504
Causes prédisposantes . . . . .	467	§ VI. Diagnostic, pronostic . . . . .	504
Causes occasionnelles . . . . .	468	§ VII. Traitement . . . . .	504
Symptômes . . . . .	468	ART. III. PITYRIASIS . . . . .	505
Marche, durée, terminaison de la maladie . . . . .	470	§ I. Définition, synonymie, fréquence . . . . .	505
Diagnostic, pronostic . . . . .	470	§ II. Causes . . . . .	505
Traitement . . . . .	470	§ III. Symptômes . . . . .	506
III. SYCOSIS . . . . .	475	§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie . . . . .	507
Nature de la maladie . . . . .	475	§ V. Diagnostic, pronostic . . . . .	507
Symptômes . . . . .	475	§ VI. Traitement . . . . .	507
Marche, durée, terminaison de la maladie . . . . .	476	ART. IV. ICTHYOSE . . . . .	508
Diagnostic, pronostic . . . . .	476	§ I. Définition, synonymie, fréquence . . . . .	509
Traitement . . . . .	477	§ II. Causes . . . . .	509
IV. Affections papuleuses . . . . .	478	§ III. Symptômes . . . . .	509
A. I. PRURIGO . . . . .	478	§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie . . . . .	510
Définition, synonymie, fréquence . . . . .	478	§ V. Diagnostic, pronostic . . . . .	510
Causes . . . . .	479	§ VI. Traitement . . . . .	510
Symptômes . . . . .	479	CHAP. VII. Affections tuberculeuses de la peau . . . . .	511
Siège . . . . .	479	ART. I. ELÉPHANTIASIS DES GRECS . . . . .	511
Marche, durée, terminaison . . . . .	480	§ I. Définition, synonymie, fréquence . . . . .	512
Diagnostic, pronostic . . . . .	481	§ II. Causes . . . . .	512
Traitement . . . . .	481	§ III. Symptômes . . . . .	513
B. I. LICHEN . . . . .	483	§ IV. Siège . . . . .	514
Définition, synonymie, fréquence . . . . .	483	§ V. Marche, durée, terminaison de la maladie . . . . .	514
Causes . . . . .	483	§ VI. Lésions anatomiques . . . . .	514
Causes prédisposantes . . . . .	483	§ VII. Diagnostic, pronostic . . . . .	515
Causes occasionnelles . . . . .	484	§ VIII. Traitement . . . . .	515
Symptômes . . . . .	484	ART. II. LUPUS . . . . .	516
Marche, durée, terminaison de la maladie . . . . .	486	§ I. Définition, synonymie, fréquence . . . . .	516
Diagnostic, pronostic . . . . .	486	§ II. Siège de la maladie . . . . .	517
Traitement . . . . .	486	§ III. Causes . . . . .	517
C. I. STROPHULUS . . . . .	488	§ IV. Symptômes . . . . .	517
V. Affections squameuses . . . . .	489	§ V. Marche, durée, terminaison de la maladie . . . . .	520
A. I. PSORIASIS . . . . .	490	§ VI. Diagnostic, pronostic . . . . .	521
Définition, synonymie, fréquence . . . . .	490	§ VII. Traitement . . . . .	521

## INTOXICATIONS.



§ III. Symptômes . . . . .	589	ART. V. EMPOISONNEMENT PAR LE CAN- PHRE . . . . .	617
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie . . . . .	590	ART. VI. EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS . . . . .	617
§ V. Lésions anatomiques . . . . .	590	ART. VII. DE L'ALCOOLISME . . . . .	617
§ VI. Diagnostic pronostic . . . . .	590	§ I. Historique . . . . .	618
§ VII. Traitement . . . . .	591	§ II. Nature des boissons ingérées . .	619
ART. IV. FARCIN AIGU . . . . .	591	§ III. Voies et modes d'absorption . .	618
ART. V. FARCIN CHRONIQUE . . . . .	591	§ IV. Conditions de races et de cli- mats . . . . .	621
ART. VI. RAGE . . . . .	592	§ V. Pathogénie . . . . .	622
§ I. Définition, synonymie, fréquence .	592	SECTION I. <i>Effets généraux de l'alcool</i> .	623
§ II. Causes . . . . .	592	1° Ivresse . . . . .	623
§ III. Symptômes . . . . .	593	§ I. Définition, synonymie, fréquence .	623
§ IV. Marche, durée, terminaison . .	595	§ II. Marche, diagnostic . . . . .	624
§ V. Lésions anatomiques . . . . .	595	§ III. Pronostic . . . . .	626
§ VI. Diagnostic, pronostic . . . . .	595	2° Alcoolisme aigu . . . . .	629
§ VII. Traitement . . . . .	595	3° Delirium tremens . . . . .	630
ART. VII. MALADIES CHARBONNEUSES .	597	§ I. Définition . . . . .	630
ART. VIII. MALADIES CHARBONNEUSES CHEZ L'HOMME ( <i>Pustule maligne et</i> <i>œdème charbonneux</i> ) . . . . .	597	§ II. Marche, diagnostic . . . . .	630
§ I. Définition, synonymie, fréquence .	597	§ III. Traitement . . . . .	631
§ II. Causes . . . . .	598	4° Folie alcoolique aiguë . . . . .	633
1° Causes prédisposantes . . . . .	598	5° Alcoolisme chronique . . . . .	633
2° Causes occasionnelles . . . . .	598	SECTION II. <i>Lésions anatomiques</i> . . .	638
§ III. Symptômes . . . . .	600	SECTION III. <i>Effets locaux de l'alcool</i> .	639
§ IV. Variétés . . . . .	603	SECTION IV. <i>Conséquences relatives à</i> <i>l'individu et à l'espèce</i> . . . . .	641
§ V. Marche, durée, terminaison . .	604	SECTION V. <i>Emploi des alcooliques dans</i> <i>le régime des malades</i> . . . . .	643
§ VI. Diagnostic, pronostic . . . . .	605	ART. VIII. ERGOTISME . . . . .	644
§ VII. Lésion anatomiques . . . . .	609	§ I. Définition, synonymie, fréquence .	644
§ VIII. Traitement . . . . .	610	§ II. Causes . . . . .	644
§ IX. Nature de la maladie . . . . .	613	§ III. Symptômes . . . . .	645
CHAP. III. <i>Empoisonnements par les</i> <i>substances animales putrides</i> . . . .	613	§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie . . . . .	646
ARTICLE I. EMPOISONNEMENT PAR LES MATIÈRES PUTRIDES INGÉRÉES DANS L'ESTOMAC . . . . .	613	§ V. Lésions anatomiques . . . . .	646
ART. II. EMPOISONNEMENT PAR LES MA- TIÈRES PUTRIDES INOCULÉES . . . . .	613	§ VI. Diagnostic, pronostic . . . . .	647
CHAP. IV. <i>Empoisonnements par les</i> <i>substances végétales</i> . . . . .	614	§ VII. Traitement . . . . .	647
ARTICLE I. EMPOISONNEMENT PAR LA BELLADONE, LE DATURA STRAMONIUM, LA JUSQUIAME, LE TABAC, ETC . . .	614	CHAP. V. <i>Empoisonnements par les</i> <i>substances minérales</i> . . . . .	647
ART. II. EMPOISONNEMENT PAR L'OPIMUM ET LES SELS DE MORPHINE . . . . .	614	ARTICLE I. EMPOISONNEMENT PAR L'HY- DROGÈNE SULFURÉ . . . . .	647
ART. III. EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE CYANHYDRIQUE ( <i>acide prussique</i> ), L'EAU DE LAURIER-CERISE, LE CYA- NURE DE POTASSIUM . . . . .	615	ART. II. EMPOISONNEMENT PAR LE CHLO- RE, LES CHLORURES, L'IODE . . . . .	648
ART. IV. EMPOISONNEMENT PAR LA NOIX VOMIQUE, LA STRYCHNINE, LA BRUCINE .	616	ART. III. ACCIDENTS OCCASIONNÉS PAR L'IODE. IODISME . . . . .	649
		§ I. Historique . . . . .	649
		§ II. Définition, formes et causes . .	649
		§ III. Symptômes . . . . .	650
		§ IV. Marche, durée . . . . .	652
		§ V. Pronostic et terminaison . . . .	652
		§ VI. Anatomie pathologique . . . . .	652
		§ VII. Diagnostic . . . . .	652

§ VIII. Causes.....	654	ART. XV. EMPOISONNEMENT PAR LES	
1° Causes prédisposantes .....	654	ANTIMONIAUX.....	684
2° Causes efficientes et directes..	655	ART. XVI. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	
§ IX. Traitement.....	656	SUR L'INTOXICATION SATURNINE....	686
ART. IV. EMPOISONNEMENT PAR LE CHLO-		ART. XVII. COLIQUE DE PLOMB.....	687
ROFORME.....	658	§ I. Définition . synonymie , fré-	
§ I. Marche.....	658	quence .....	688
§ II. Anatomie pathologique.....	661	§ II. Causes.....	688
De l'éther.....	662	§ III. Symptômes.....	688
De l'amylène.....	663	§ IV. Marche, durée, terminaison de	
ART. V. EMPOISONNEMENT PAR LE SUL-		la maladie.....	690
FURE DE CARBONE .....	663	§ V. Lésions anatomiques.....	690
§ I. Symptômes.....	663	§ VI. Diagnostic, pronostic.....	690
§ II. Marche, terminaison.....	664	§ VII. Traitement.....	691
§ III. Pronostic .....	664	ART. XVIII. ACCIDENTS CÉRÉBRAUX SA-	
§ IV. Etiologie.....	664	TURNINS.....	695
§ V. Diagnostic .....	665	§ I. Symptômes.....	695
§ VI. Nature, classification.....	666	§ II. Marche, durée, terminaison de	
§ VII. Traitement .....	666	la maladie.....	698
ART. VI. EMPOISONNEMENTS EN GÉNÉRAL.	667	§ III. Lésions anatomiques.....	698
ART. VII. EMPOISONNEMENT PAR LES		§ IV. Diagnostic , pronostic.....	698
ACIDES.....	672	§ V. Traitement.....	698
ART. VIII. EMPOISONNEMENT PAR LES		ART. XIX. ARTHRALGIE SATURNINE...	699
ALCALIS ET LES SELS DONT ILS SONT		§ I. Définition , synonymie , fré-	
LA BASE.....	673	quence .....	699
ART. IX. EMPOISONNEMENT PAR LES		§ II. Causes.....	699
PRÉPARATIONS MERCURIELLES.....	674	§ III. Symptômes.....	699
ART. X. TREMBLEMENT MERCURIEL...	676	§ IV. Marche, durée, terminaison de	
§ I. Définition , synonymie , fré-		la maladie.....	700
quence .....	676	§ V. Diagnostic, pronostic.....	700
§ II. Causes.....	676	§ VI. Traitement.....	700
§ III. Symptômes.....	677	ART. XX. PARALYSIE SATURNINE....	701
§ IV. Marche, durée, terminaison de		§ I. Symptômes.....	701
la maladie.....	678	§ II. Marche, durée, terminaison de	
§ V. Diagnostic, pronostic.....	678	la maladie.....	702
§ VI. Traitement.....	678	§ III. Diagnostic, pronostic.....	702
ART. XI. CACHEXIE MERCURIELLE....	679	§ IV. Traitement.....	703
ART. XII. EMPOISONNEMENT PAR LES		ART. XXI. PROPHYLAXIE DES AFFEC-	
ARSENICAUX.....	679	TIONS SATURNINES.....	703
ART. XIII. EMPOISONNEMENT PAR LES		APPENDICE. — ANIMAUX PARASITES...	705
PRÉPARATIONS CUIVREUSES.....	683	1° Entozoaires .....	705
ART. XIV. EMPOISONNEMENT PAR LES		2° Ectozoaires.....	705
PRÉPARATIONS D'ÉTAIN, DE BISMUTH,		TABLE ALPHABÉTIQUE.....	721
DE ZINC, D'OR, D'ARGENT, DE PLA-			
TINE.....	684		

# TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LES CINQ VOLUMES.

1. Les chiffres romains indiquent le volume ; les chiffres arabes indiquent la page.

## A

- ABDOMEN** (Bosselures de l') dans l'hystérie, I, 825 ; (compression de l') dans l'ascite, IV, 499.
- ABDOMINALE** (Grippe), I, 151.
- ABEILLE** (Piqûre de l'), V, 578.
- ABOIEMENT** hystérique, I, 825.
- ABONDANCE** des règles, V, 84.
- ABSENCE** d'artère pulmonaire, III, 204 ; de conception, V, 127.
- ACARUS** de la gale, V, 422.
- ACCÈS** d'asthme, II, 646 ; III, 65 ; thymique, II, 532.
- de colère ayant produit l'hémorrhagie méningée, II, 30.
- de colique hépatique, IV, 344 ; néphrétique, IV, 694 ; utérine, V, 113.
- convulsifs dans l'hystérie, I, 823 ; non convulsifs, 827 ; symptômes, 827 ; traitement, 848.
- de coqueluche, III, 70 ; de croup, II, 386, 426.
- de dyspnée dans la cardite, III, 160 ; dans l'emphysème pulmonaire, II, 646.
- d'éclampsie des enfants, I, 866 ; des femmes enceintes ou en couches, I, 875.
- épileptiformes dans les tubercules du cerveau, II, 183 ; de la moelle, 438.
- de fièvre dans la phthisie, II, 766 ; intermittente, I, 228 ; rémittente, I, 260.
- de fureur dans l'épilepsie, I, 804 ; dans la folie, I, 604.
- de goutte, I, 350 ; hystérique, I, 823, 827.
- de migraine, I, 640, 642, 643 ; traitement, 644.
- de névralgie, I, 649 ; trifaciale, 669.
- de l'œdème de la glotte, II, 490 ; de palpitations du cœur, III, 221 ; de pemphigus, V, 435.
- de suffocation dans la communication des cavités droites et gauches du cœur, III, 203 ; dans l'insuffisance aortique, III, 140.
- ABSENT** de l'utérus, V, 167.
- ACÉPHALOCYSTIQUES**, IV, 630 ; des amygdales, III, 574 ; de l'aorte, III, 271.
- ADHÉSION** du cerveau, II, 177 ; causes, 177 ; diagnostic, 180 ; lésions anatomiques, 180 ; traitement, 179 ; symptômes, 178 ; traitement, 181.
- ADHÉSION** du cerveaulet, II, 179 ; du cœur, III, 157 ; de l'os nasal, II, 318 ; extra-péritonéal, 31.
- ADHÉSION** de l'ovaire, IV, 283 ; s'ouvrant dans le duodénum, l'intestin, le péricarde, 284 ; par les vaisseaux de l'hypochondre, 285 ; rompus dans les tumeurs, le côlon, le péricarde, le péricarde, la veine cave, IV, 271 ; traitement, 271.
- ADHÉSION** de la fosse iliaque, V, 120 ; des ganglions lymphatiques, III, 5 ; des grandes lèvres, 44 ; dans l'hépatite aiguë, IV, 265.
- ADHÉSION** de la langue, III, 522 ; traitement, 524.
- ADHÉSION** des artères dans le cas de phlébite, III, 349 ; traitement, 354.
- ADHÉSION** des nymphes, V, 9 ; de l'œsophage, III, 159 ; des oreillettes, III, 159 ; du pancréas, 13 ; sur les paupières dans le choléra épidémique, I, 117 ; du périnée, 106 ; du petit bassin, V, 283 ; du pharynx, III, 594 ; dans la phlébite, III, 349 ; du péricarde, II, 636 ; de la protubérance, II, 399 ; de la rate, IV, 399 ; du rein, IV, 529 ; du système nerveux, IV, 662, rétro-pharyngien, III, 221 ; de la substance grise et blanche, II, 438.
- ADHÉSION** du tissu cellulaire péri-utérin, V, 317 ; du tissu dans le péritoine, 317.
- ADHÉSION** des vaisseaux, IV, 222 ; de la vésicule biliaire, 34.

- ACCIDENTS** causés par la dentition, III, 529 ; causes, 530 ; symptômes, 533 ; lésions anatomiques, 537 ; marche, 536 ; diagnostic, 537 ; traitement, 538.
- **cérébraux saturnins**, V, 695 ; diagnostic, 698 ; lésions anatomiques, 698 ; marche, 698 ; symptômes, 695 ; traitement, 698.
- ACCOUCHEMENT** difficile dans le cas d'antéversion, V, 250.
- occasionnant l'antéversion de l'utérus, V, 250 ; l'éclampsie, I, 875.
- ACCUMULATION DE MATIÈRES FÉCALES** dans l'intestin, IV, 179 ; dans le rectum, 182.
- occasionnant une tumeur inflammatoire du bassin, V, 310 ; de la sérosité dans la vésicule du fiel, IV, 370.
- ACÉPHALOCYSTES** d'espèces diverses, IV, 325 ; du foie, IV, 318.
- ACÉPHALOCYSTIQUES** (Absès), IV, 320.
- (Kystes) des reins, IV, 627 ; causes 627 ; diagnostic, 632 ; lésions anatomiques, 632 ; marche, 631 ; symptômes, 627 ; traitement, 634.
- ACHORE**, V, 445.
- ACHROMATÉUSES** (Teignes), V, 542.
- ACIDES** (Empoisonnement par les), V, 615, 672 ; arsénieux, V, 679 ; cyanhydrique, V, 615 ; prussique, 615.
- ACNÉ**, V, 467 ; causes, 467 ; symptômes, 468 ; marche, 470 ; diagnostic, 471 ; traitement, 470.
- syphilitique, I, 467 ; varioliforme, V, 473.
- ACRODYNIE**, V, 560 ; causes, 561 ; épidémie, 560 ; symptômes, 561 ; marche, 563 ; lésions anatomiques, 564 ; diagnostic, 564 ; traitement, 564.
- ADÉNO-MÉNINGÉE** (Fièvre), I, 13.
- ADÉNO-NERVEUSE** (Fièvre), I, 90.
- ADHÉRENCES** du péricarde au cœur, III, 247 ; du col utérin à la paroi postérieure du vagin, V, 251 ; de la fausse membrane du croup, II, 420.
- ADIPEUX** (Endurcissement), V, 339.
- ADIPOCIREUSES** (Masses), IV, 307.
- ADULTE** (Croup chez l'), II, 416 ; (muguet des), III, 436.
- ADYNAMIQUE** (Fièvre), I, 13 ; (gastrite) ; III, 780 ; (scarlatine), I, 202.
- AIGUISEURS** (Maladies des), II, 814.
- AIR** (Asphyxie par raréfaction, viciation de l'), III, 382.
- ALBINISME**, V, 542.
- ALBUMINEUSES** (Urines) dans le choléra, I, 117.
- ALBUMINURIE**, IV, 554, lésions anatomiques, 572 ; causes, 579 ; symptômes, 587 ; diagnostic, 596 ; traitement, 607 ; dans le choléra morbus épidémique, I, 117 ; dans la fièvre intermittente, 232.
- ALBUMINURIE** persistante, IV, 611, traitement, 613.
- ALCALINITÉ** des urines dans la myélite chronique, II, 226 ; dans la myélite chronique.
- ALCALINS** (Empoisonnement par les), V, 678.
- ALCALIS** (Empoisonnement par les), V, 678.
- ALCOOL** (Effets généraux de l'), V, 638 ; lésions anatomiques de l'), 638 ; effets locaux de l'), 639.
- ALCOOLIQUE** (FERMENTATION) (as la vapeur de la), III, 380.
- ALCOOLIQUE** (Folie) aiguë, V, 633.
- ALCŒOLISME**, V, 617 ; aigu, 624 ; chronique, 633.
- ALGIDE** (Fièvre), I, 79.
- ALIÉNATION** mentale, I, 597.
- ALIÉNÉS** (Paralysie des), I, 606, 7.
- ALLONGEMENT** hypertrophique du col utérus, V, 165.
- ALOPÉCIE** résultant de l'affection du cuir chevelu, I, 459.
- ALTÉRATION** de la bile, IV, 374.
- fièvre typhoïde, I, 17.
- chroniques de l'aorte, III, 261 ; des méninges rachidiennes, II, 211 ; des membranes du cœur, III, 110 ; des glandes de la fièvre typhoïde, I, 39 ; du parenchyme pulmonaire par des corps étrangers p II, 813 ; de la peau dans la pellagre, I, 404 ; (anasarque), III, 404 ; (ascite par), IV, 477.
- des valvules en général, III, 145 ; diagnostic, 146 ; symptômes, 146 ; traitement, 146.
- des veines, III, 369.
- de la voix, II, 362 ; dans le psoriasis, II, 388.
- AMARILLE** (Typhus), I, 79.
- AMBULANT** (Erysipèle), V, 380 ; chronique, 389.
- AMÉNORRHÉE**, V, 51 ; dans l'écoulement des leucorrhées, V, 821 ; dans les kystes des ovaires, V, 53 ; causes, 53 ; marche, 57 ; lésions anatomiques, 57 ; diagnostic, 58 ; symptômes, 55 ; traitement, 55.
- AMÉRIQUE** (Fièvre d'), I, 79.
- AMIANTAGÉE** (Teigne), V, 399.
- AMINCISSEMENT** de la muqueuse nasale, III, 793.
- AMMONIAQUE** liquide (Empoisonnement par), V, 674.
- AMPHORIQUE** (Bourdonnement dans le pneumothorax, III, 8.
- AMYGDALES** (Absès des), III, 57 ; (gonflement des), 57 ; (gonflement des) (angine pharyngienne intense, II, 34 ; syphilitiques des), III, 632.

**AMYGDALITE**, III, 568 ; causes, 569 ; symptômes, 571, marche, 577 ; lésions anatomiques, 577 ; diagnostic, 578, traitement, 579.

— catarrhale, III, 576 ; inflammatoire, 577.

**AMYLÈNE** (Empoisonnement par l'), V, 603.

**ANALE** (Leucorrhée), IV, 195 ; traitement, 216.

**ANALGÉSIE**, I, 830.

**ANALYSE** chimique de la fausse membrane du croup, II, 420.

**ANAPHRODISIE**, I, 635.

**ANASARQUE**, V, 344 ; causes, 344 ; diagnostic, 347 ; symptômes, 345 ; marche, 346 ; lésions anatomiques, 347 ; traitement, 348.

— par altération du sang, V, 348 ; par pléthore, V, 348 ; dans la rougeole, I, 188 ; dans la scarlatine, I, 211.

**ANAZOTURIE**, I, 548.

**ANÉMIE**, I, 488 ; causes, 489 ; diagnostic, 492 ; lésions anatomiques, 492 ; marche, 492 ; symptômes, 490 ; traitement, 493.

**ANESTHÉSIE**, I, 830 ; par le chloroforme, V, 659 ; saturnine, V, 702.

**ANÉVRYSMALE** (Tumeur), III, 279 ; (varices), III, 285.

**ANÉVRYSME DE L'AORTE**, III, 271 ; communiquant avec l'oreillette droite, 305 ; consécutif, 271 ; avec dilatation, 273, 277 ; disséquant, 169, 303.

— faux, III, 277 ; traitement, 290.

— mixte, III, 271.

— s'ouvrant dans l'artère pulmonaire, III, 305 ; dans le sommet du ventricule droit, 306 ; dans la veine cave supérieure, 305.

— primitif, III, 271 ; avec sac anévrysmal, 276 ; avec tumeur externe, 287 ; sans tumeur externe, 287.

— variqueux, III, 304 ; traitement, 307.

— vrai, III, 274.

— de la portion ascendante de l'aorte pectorale, III, 272 ; causes, 273 ; diagnostic, 287 ; marche, 283 ; lésions anatomiques, 284 ; symptômes, 276 ; traitement, 290.

— de la portion descendante de l'aorte pectorale, III, 297.

— de l'aorte ventrale, III, 301 ; traitement, 303.

**ANÉVRYSME DU CŒUR**, actif, voy. *Hypertrophie du cœur*, III, 173 ; disséquant, III, 169, 303,

— partiel, III, 166 ; causes, 167 ; symptômes, 167 ; marche, 168 ; lésions anatomiques, 168 ; diagnostic, 170 ; traitement, 170.

— rompu dans le péricarde, III, 169.

**ANÉVRYSME DES ARTÈRES** secondaires, III, 325 ; du tronc cœliaque, 326 ; des divisions du tronc cœliaque, 327 ; de l'artère mésentérique supérieure, 327.

**ANGINE** arthritique de certains auteurs, III, 575 ; bilieuse de Stoll, 575 ; catarrhale, III, 559 ; composée de Borsieri, 573 ; convulsive des anciens, II, 384.

— couenneuse (Paralysies consécutives à l'), III, 654 ; causes, 658 ; diagnostic, 658 ; marche, 657 ; symptômes, 656 ; traitement, 658.

— diphthéritique, III, 611 ; franche aiguë voy. *Pharyngite tonsillaire*, III, 568 ; gangrène, 575.

— glanduleuse, III, 603 ; causes, 604 ; symptômes, marche, 605 ; lésions anatomiques, 606 ; traitement, 607.

— gutturale, III, 558 ; intermittente, 576 laryngée membraneuse, II, 406.

— maligne, III, 610, 616 ; causes, 617 ; diagnostic, 625 ; symptômes, 619 ; marche, 623 ; lésions anatomiques, 624 ; traitement, 627.

— œsophagienne, voy. *OEsophagite simple* aiguë, III, 661 ; périodique, III, 576 ; pestilentielle, III, 617 ; pharyngée, voy. *Pharyngite profonde*, 593.

— pharyngienne intense avec gonflement des amygdales, II, 348.

— de poitrine, III, 254 ; causes, 255 ; diagnostic, 259 ; (éructations dans l'), 257 ; lésions anatomiques, 258 ; marche, 257 ; symptômes, 255 ; traitement, 259.

— rhumatique simple, III, 559 ; spasmodique, III, 384 ; striduleuse, voy. *Pseudo-croup*, II, 383 ; suffocante, voy. *Pharyngite couenneuse*, 617 ; syphilitique, voy. *Pharyngite syphilitique non ulcéreuse*, III, 608 ; trachéale diphthéritique, voy. *Croup*, II, 406 ; ulcéreuse, III, 617.

**ANGINEUSE** (Syncope), III, 254.

**ANGINEUX** (Charbon), voy. *Pharyngite couenneuse*, III, 616.

**ANGIOLEUCITE**, III, 416.

**ANGIOTÉNIQUE** (Fièvre), I, 6, 13.

**ANIMAUX** (Maladies communiquées par les malades, V, 582 ; sains, 575 ; parasites, V, 705.

— (Venin des), V, 582, 592 ; (virus des), V, 592.

**ANNULAIRE** (Syphilis), I, 424.

**ANOMALES** (Chorées), I, 793 ; (névralgie), I, 690, III, 258.

**ANOMALIE** artérielle dans le croup, II, 448.

**ANTÉFLEXION**, V, 256 ; causes, 256 ; diagnostic, 259 ; symptômes, 257 ; lésions anatomiques, 258 ; marche, 257 ; traitement, 260.

**ANTÉVERSION**, V, 249 ; (accouchement difficile dans le cas d'), 250 ; (avortement ra dans l'), 253 ; causes, 250 ; diagnostic, 254 ; symptômes, 251 ; lésions anatomiques, 254 ; marche, 254 ; produisant la stérilité, V, 254.

- ANTÉVERSION** flexueuse, V, 260 ; traitement, 255.
- ANTHELMINTHIQUES**, IV, 225.
- ANTHRAX** pestilentiel, I, 92.
- ANTIMONIAUX** (Empoisonnement par les), V, 686.
- ANUS** (Paralysie du sphincter de l'), II, 130.
- AORTE** (Maladies de l'), III, 263 ; à l'état normal, 263 ; (altérations chroniques de l'), 269 ; (anévrisme de l'), 271 ; (compression de l'), V, 99 ; (dépôts athéromateux de l'), III, 269 ; (oblitération de l'), III, 309 ; (ossification de l'), III, 270 ; (plaques cartilagineuses de l'), III, 269 ; (ramollissement ulcéreux de l'), III, 269.
- (Rétrécissement de l'), III, 309 ; causes, 309 ; symptômes, 310 ; marche, 312 ; lésions anatomiques, 312 ; diagnostic, 313 ; traitement, 314.
- (Rupture de l'), III, 308.
- (Ulcérations de l'), III, 269.
- AORTE PECTORALE** (Anévrisme de la portion ascendante de l'), III, 272 ; causes, 273 ; diagnostic, 287 ; marche, 283 ; lésions anatomiques, 284 ; symptômes, 276 ; traitement, 290.
- (Anévrisme de la portion descendante de l'), III, 297.
- AORTE VENTRALE** (Anévrisme de l'), III, 301.
- AORTITE** aiguë, III, 266 ; chronique, 268.
- APEPSIE**, voy. *Indigestion*, III, 729.
- APHONIE**, II, 514 ; causes, 516 ; diagnostic, 519 ; marche, 518 ; symptômes, 517 ; traitement, 520.
- congénitale, II, 514 ; due à la colique de plomb, 526, 527 ; épidémique, 517 ; dans l'hémorragie de la moelle épinière, II, 219 ; dans l'hystérie, I, 840 ; intermittente, II, 518 ; des ivrognes, 514 ; nerveuse, II, 366, 519 ; périodique, 518 ; dans le pseudo-croup, 388.
- APHONIQUE** (Fièvre), I, 248.
- APHTHES**, III, 448 ; causes, 448 ; diagnostic, 453 ; épidémie, 449 ; lésions anatomiques, 452 ; marche, 452 ; symptômes, 450 ; traitement, 454.
- confluents, III, 452 ; discrets, III, 450 ; des enfants, 426 ; éphémères, 452 ; gangréneux, voy. *Stomatite couenneuse*, 475 ; indiens 449 ; mercuriels, voy. *Stomatite mercurielle*, 458 ; stationnaires, 452.
- APNÉE**, II, 646.
- APOPLECTIFORME** (Ramollissement) du cœur, III, 158.
- APOPLECTIQUE** (Fièvre), I, 247 ; (indigestion), III, 733.
- APOPLEXIE** II, 102, 116 ; (attaque d'), II, 124 ; traitement, 152.
- APOPLEXIE** capillaire, II, 136 ; du cerveau, 134 ; du cœur, III, 157 ; foudroyante, II, 123 ; fugace, II, 123 ; gastrique, III, 736 ; hépatique, IV, 252 ; légère, II, 125 ; méningée, II, 29 ; de la moelle, II, 217 ; nerveuse, I, 763 ; de la protubérance cérébrale, II, 135.
- pulmonaire, II, 672 ; (bruit de souffle dans l'), II, 677 ; causes, 673 ; diagnostic, 679 ; lésions anatomiques, 677 ; marche, 677 ; (râle crépitant dans l'), II, 676 ; symptômes, 674 ; traitement, 680.
- de la rate, IV, 406 ; rénale, IV, 515 ; stercoreuse, II, 87 ; simple, I, 763 ; subite, II, 674. Voyez *Congestion cérébrale*, II, 102 ; *hémorragie cérébrale*, II, 116.
- APPAREIL** locomoteur (Maladies de l'), V, 333, 349.
- APPARENTE** (Mort) dans la bronchite aiguë, II, 581 ; dans l'hystérie, I, 826 ; dans la syncope, III, 374.
- APPENDICE CÆCAL** (Perforation de l'), V, 309 ; (tumeurs par), V, 310.
- (Ulcérations de l'), V, 318.
- AQUATIQUE** (Chancre), III, 475.
- AQUEUSE** (Grossesse), V, 189.
- AQUEUX** (Diabète), I, 548.
- ARABIQUE** (Diète), I, 410.
- ARACHNIDES** venimeux (Piqûre des), V, 578.
- ARACHNITIS**, II, 38 ; de la base, 38 ; cérébro-spinal, 189.
- ARACHNOÏDE** (Hémorragie de l'), II, 29 ; (kystes sanguins de l'), II, 35.
- ARACHNOÏDITE**, II, 39.
- ARDENTS** (Mal des), V, 373, 644.
- ARÉOLAIRE** (Cancer) des ovaires, V, 297 ; (kyste) des ovaires, 301.
- ARGENT** (Empoisonnement par les préparations d'), V, 684.
- ARSENIC** (Empoisonnement par l'), IV, 41 ; V, 679.
- ARSENICAUX** (Empoisonnement par les), V, 679.
- ARSÉNIEUX** (Empoisonnement par l'acide), V, 679.
- ARTÈRE MÉSENTÉRIQUE** supérieure (Anévrisme de l'), III, 327.
- ARTÈRE PULMONAIRE** (Maladies de l'), III, 337 ; (absence d'), III, 204 ; (anévrisme s'ouvrant dans l'), III, 305 ; (coagulation du sang dans l'), III, 337 ; (dilatation de l'), III, 339 ; (rétrécissement de l'), 340. Voy. *Veines*, III, 337.
- ARTÈRES** (Maladies des), III, 262 ; (battements nerveux des), III, 315 ; (embolie des), 329 ; (inflammation des), III, 315 ; (lésions chroniques des), III, 324 ; (ossification des), III, 325.
- ARTÈRES SECONDAIRES** (Anévrysmes des), 325 ; (maladies des), III, 319 ; (oblitération, rupture, ulcération des), 329.



- ARTÉRIELLE** (Anomalie) dans le croup, II, 448.
- ARTÉRITE** aiguë, III, 319 ; chronique, 324.
- ARTHRALGIE** saturnine, V, 699 ; causes, 699 ; diagnostic, 700 ; marche, 700 ; symptômes, 699 ; traitement, 701.
- ARTHRITE** blennorrhagique, I, 269 ; V, 350 ; puerpérale, I, 269 ; rhumatismale, I, 266, 305.
- simple aiguë, V, 349 ; (causes, 350 ; symptômes, 350 ; lésions anatomiques, 352 ; marche, 352 ; diagnostic, 352 ; traitement, 352) ; chronique, V, 355.
- ARTHRITIQUE** (Angine), III, 575 ; (entérite), IV, 101 ; (pneumonie), II, 696 ; (syncope), III, 254.
- ARTICULAIRES** (Douleurs), I, 303 ; (rhumatisme). Voy. *Rhumatisme articulaire*.
- ARTICULATIONS** (Inflammation des), V, 349.
- ASCARIDES** lombricoïdes, IV, 219 ; causes, 219 ; diagnostic, 224 ; leurs migrations dans l'œsophage, les voies biliaires et aériennes, 222 ; produisant des convulsions, 223 ; traitement, 225.
- ASCÉTISME**, I, 605.
- ASCITE**, IV, 472 ; causes, 474 ; (compression de l'abdomen dans l'), 499 ; (crises dans l'), 488 ; diagnostic, 484 ; (fluctuation dans l'), 479 ; marche, 483 ; lésions anatomiques, 483 ; (rupture de la paroi abdominale dans l'), IV, 482 ; symptômes, 478 ; traitement, 489.
- asthénique, idiopathique, mécanique, IV, 476 ; par affection du foie, IV, 490 ; par altération du sang, 477 ; sthénique, 476 ; dans la cirrhose du foie, 297 ; dans l'hypertrophie de la rate, 403.
- ASPHYXIE**, III, 376 ; causes, 377 ; diagnostic, 382 ; lésions anatomiques, 381 ; marche, 380 ; symptômes, 378 ; traitement, 383.
- par le chloroforme, V, 658 ; par compression des poumons, III, 379 ; par écume bronchique, II, 579 ; par le gaz de l'éclairage, III, 382.
- par le gaz des fosses d'aisances, III, 387 ; traitement, 387.
- par les gaz non respirables, III, 382 ; traitement, 387.
- lente, V, 333.
- des nouveau-nés, III, 380 ; traitement, 387.
- par obstacle mécanique, 382 ; par raréfaction, viciation de l'air, 382 ; résultant de l'éclampsie, I, 863.
- par strangulation, 385 ; traitement, 385.
- par submersion, 385 ; traitement, 385.
- par suspension, III, 385 ; traitement, 385.
- ASPHYXIE**, par vapeur du charbon, 382 ; traitement, 387.
- par vapeur de la fermentation alcoolique, 380. Voy. *Apoplexie pulmonaire*, II, 672.
- ASPHYXIÉS** (Boîte de secours pour les), III, 338.
- ASTHÉNIQUE** (Ascite), IV, 476.
- ASTHMATIQUE** (Fièvre), I, 248.
- ASTHME**, III, 64 ; (accès d'), II, 646, III, 65 ; traitement, 66. Voy. *Emphysème vésiculaire du poumon*, II, 641.
- aigu de Millar, II, 395 ; essentiel, III, 65 ; exanthématique, humide, hystérique, III, 65 ; de Kopp, I, 864 ; métallique, II, 747.
- thymique, II, 532 ; accès, II, 532. Voy. *Éclampsie*, I, 857 ; causes, 534 ; diagnostic, 536 ; lésions anatomiques, 536 ; marche, 535 ; symptômes, 534 ; traitement, 537.
- ASYSTOLIE**, III, 208.
- ATAXIQUE** (Fièvre), I, 13 ; (pneumonie), II, 696.
- ATHÉROMATEUX** (Dépôts) de l'aorte, III, 269.
- ATONIQUE** (Congestion), II, 106 ; (ulcères), V, 441.
- ATROPHIE** du cœur, III, 196.
- du foie, IV, 290 : 1° aiguë, 290 ; causes, 290 ; symptômes, 290 ; marche, 292 ; lésions anatomiques, 292 ; diagnostic, 292 ; traitement, 293 ; 2° chronique, 293 ; causes, 293 ; symptômes, 293 ; diagnostic, 294 ; traitement, 294.
- musculaire progressive, II, 19 ; causes, 22 ; diagnostic, 25 ; lésions anatomiques, 24 ; marche, 25 ; symptômes, 22 ; traitement, 26.
- du nerf dans la névralgie trifaciale, I, 671 ; des reins, IV, 622 ; de la vésicule biliaire, IV, 374.
- ATTAQUE** d'apoplexie, II, 121 ; traitement, 152.
- de bronchite aiguë, II, 599 ; de colique hépatique, IV, 344 ; d'éclampsie, I, 862, 866.
- d'épilepsie brusque, I, 795 ; convulsive, 795, 801 ; dans la colique nerveuse, IV, 171.
- épileptiforme, II, 165.
- de goutte, I, 351 ; traitement, 364.
- d'hémorroïdes, IV, 196 ; d'hystérie, I, 823 ; de nerfs, voy. *Hystérie*, I, 817 ; de ramollissement, II, 145, 163, 165 ; de suffocation dans le rétrécissement de l'orifice mitral, III, 121.
- AURA** epilectica, I, 801.
- AVORTEMENT** fréquent dans les déviations utérines, V, 216 ; rare dans l'antéversion, 253.
- AZOTURIE**, I, 549.

## B

**BALANITE**, IV, 834 ; causes, 834 ; diagnostic, 836 ; (phimosis dans la), 835 ; symptômes, 835 ; traitement, 836.

**BALANO-POSTHITE**, IV, 834.

**BALLISMUS**, I, 770.

**BARBADES** (Fièvre des), I, 79 ; (maladie glandulaire des), V, 544.

**BARÈGES** (Empoisonnement par l'eau de), V, 648.

**BARRE** (Coup de), I, 79.

**BARYTE** (Empoisonnement par la), V, 674.

**BASSINE** (Mal de), V, 579.

**BAS-VENTRE** (Hydropisie du), IV, 474 ; (inflammation du), IV, 463.

**BATARDE** (Gonorrhée), IV, 834.

**BATONNET** dans la pustule maligne, V, 609.

**BATTEMENTS** de cœur, III, 173.

— nerveux des artères, III, 315 ; diagnostic, 316 ; symptômes, 315 ; traitement, 317.

**BAVE RABIQUE**, V, 594.

**BELLADONE** (Empoisonnement par la), V, 614.

**BÉNINS** (Ulcères) du col de l'utérus, V, 132.

**BÉRIBÉRI**, I, 781.

**BILE** (Altération de la), IV, 374 ; dans la fièvre typhoïde, I, 17.

— (Rétention de la), IV, 361 ; causes, 362 ; symptômes, 363 ; marche, 363 ; lésions anatomiques, 363 ; diagnostic, 366 ; traitement, 368.

**BILIAIRE** (VÉSICULE) (Abscess de la), IV, 334 ; (atrophie de la), 374 ; (calculs de la), 341 ; (cancer de la), 371 ; (distension de la) par la bile, 364 ; (hydropisie de la), 370.

— (Inflammation de la), IV, 332 ; causes, 332 ; symptômes, 333 ; marche, 335 ; lésions anatomiques, 335 ; diagnostic, 336 ; traitement, 337 ; chronique, 339.

— (Rupture de la), IV, 370.

**BILIAIRES** (Calculs), IV, 340 ; concrétions — du foie, IV, 207.

**BILIAIRES** (CONDUITS) (Cancer des), IV, 371. — (Inflammation des), IV, 339 ; chronique, 339.

— (Oblitération des), IV, 339.

**BILIAIRES** (VOIES) (Affections des), IV, 331 ; (inflammation des), 332.

**BILIEUSE** Angine) de Stoll, III, 575 ; (entérite), IV, 101.

— (Fièvre) grave des pays chauds, I, 251 ; anatomie pathologique, 259 ; causes, 252 ; diagnostic, 260 ; marche, 258 ; symptômes, 255 ; traitement, 261.

— (Pneumonie), II, 696.

**BILIEUX** (Vomissement) dans la gastrite chronique, III, 788.

**BISMUTH** (Empoisonnement par le), V, 684.

**BLANCHET**, III, 426.

**BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME**, IV, 837 : causes, 839 ; symptômes, 840 ; marche, 843 ; diagnostic, 844 ; traitement, 844.

— utérine, IV, 843 ; vaginale, 842.

**BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME**, IV, 792 : causes, 794 ; (contagion de la), 794 ; diagnostic, 809 ; lésions anatomiques, 808 ; marche, 807 ; symptômes, 798 ; traitement, 809.

— catarrhale, causée par la dentition, IV, 795 ; herpétique, mécanique, 797 ; rhumatismale, 795 ; sèche, 804 ; spontanée et non vénérienne, 795 ; vénérienne, 796.

**BLENNORRHAGIQUE** (Arthrite), I, 269 ; V, 350 ; (ophtalmie), IV, 796 ; (orchite), IV, 806.

**BLENNORRHÉE**, IV, 846 ; causes, 847 ; symptômes, 848 ; lésions anatomiques, 848 ; diagnostic, 849 ; traitement, 849.

— de la prostate, IV, 761.

**BOITES** de secours pour asphyxiés et noyés, III, 388.

**BOSSELURES** de l'abdomen dans l'hystérie, I, 825 ; de la peau dans la phlébite, III, 344.

**BOTHRIOCÉPHALE**, IV, 231.

**BOUCHR** (Maladies de la), III, 418 : (gangrène de la), III, 492 ; (hémorrhagie de la), 419 ; (inflammation de la), III, 456 ; (sphacèle de la), III, 478.

**BOULE** hystérique, I, 824, 827.

**BOULIMIE** dans le diabète sucré, I, 568 ; dans la gastralgie, IV, 11 ; dans l'iodisme, V, 652.

**BOURDONNEMENT** amphorique dans le pneumothorax, III, 8.

**BOURRELET** étranglé, IV, 215 ; hémorrhoidal, IV, 193 ; restant après le redressement de l'utérus, V, 242.

**BOUTON D'ALEP**, V, 526.

**BOUTONNEUSE** (Rougeole), I, 183.

**BRACHIALE** (Névralgie) nocturne, I, 688.

**BRADYPEPSIE**, III, 729.

**BRANLEMENT** de la tête des vieillards, I, 781.

**BRIGHT** (Maladie de), IV, 610 ; marche, 611 ; traitement, 613.

**BRONCHES** (Maladies des), II, 543 ; (collapsus des), 577.

— (Dilatation des), II, 629 ; (respiration caveneuse dans les), II, 633.

— (Inflammation des), II, 573 ; rétrécissement, 640.

**BRONCHIAL** (Polype), II, 619.

**BRONCHIQUE** (Catarrhe), II, 573 ; (croup chronique, II, 618 ; (écume) (asphyxie par II, 579 ; (ganglions) (abcès des), III, 5.

— (Respiration) dans la pleurésie, III, 2 ; dans la pneumonie, II, 691.

**ITE** aiguë, II, 572; attaque, 599; s., 574; diagnostic, 584; lésions miques, 585; marche, 583; symptômes, 575; traitement, 587.

laire générale, II, 579, 592; suffo-  
cative, II, 395.

niq., II, 597; causes, 598; dia-  
gnostic, 603; lésions anatomiques, 602;  
marche, 602; symptômes, 599; traitement,

II, 575; traitement, 587.

la, 575; traitement, 587,

do-membraneuse, II, 618; causes,  
diagnostic, 624; (fausses membranes  
, II, 621; lésions anatomiques, 624;  
marche, 623; symptômes, 620; traitement,

**OPHONIE**, II, 691; dans la dilata-  
tion des bronches, 638; dans la phthisie,  
dans la pleurésie aiguë, III, 27; dans  
la pneumonie aiguë, II, 691.

**IO-PLÉURÉTIQUE** (Respiration), III,

**IO-PLÉUROPHONIQUE** (Voix), III,

**IO-PNEUMONIE** (État fécal dans la),  
I, 584, 644.

**IOREHÉE** aiguë, II, 578.

**IE** (Maladie), I, 589; (peau), V, 539;  
I), 539.

**E** (Empoisonnement par la), V,

du cœur, III, 94; de cuir neuf dans  
la cardite, III, 223; de diable, I, 491; de  
dent péricarditique, III, 223; dans la  
nécrose, IV, 429; pleurétique, III, 32;  
que, IV, 322, 628; musical, I, 491;  
19, 278; de râpe du cœur, III, 116,  
de parchemin, III, 113; de rouet,  
19; de scie, III, 116, 129; de siffle-  
ment, III, 116, 129.

sufflé dans l'apoplexie, II, 677; du  
III, 116, 129; dans les veines, III,  
double, I, 491, 499.

sufflet, III, 113; encéphalique, II,

Tetas, II, 692.

**E** (Congestion) avec paralysie, II,

, I, 406; d'emblée, I, 406; de la  
I, 92.

**E** (cavité) (Maladies des annexes  
, III, 548; (hémorrhagie), III,

céphalique (Myélite du), II, 226.

du pemphigus, V, 435.

**ES** (Affections), V, 433; (dysenterie,  
3; (sueite miliaire), I, 215; (syphi-  
lie, 466.

**X** (Erysipèle), V, 379.

## C

**CACHEXIE** cancéreuse, V, 178; goutteuse, I,  
371.

— intermittente, I, 234; traitement, 245.

— iodique, V, 651.

— mercurielle, V, 679; syphilitique, II, 469.

**CADUC** (Mal), I, 796.

**CÆCUM** (Perforation du), V, 310; (tumeurs  
par), V, 310.

— (Ulcérations du), V, 309.

**CAILLOTS** (Formation des) dans la métror-  
rhagie, V, 91; 94; (retrait des) dans la  
métrorrhagie, 110; dans l'hémorrhagie ré-  
nale, IV, 647.

**CAISSE** (Oùte aiguë de la), V, 359.

**CALCAIRES** (Productions) des ovaires, V, 308.

**CALCULS** biliaires, IV, 340; causes, 340;  
symptômes, 341; marche, 348; lésions  
anatomiques, 349; diagnostic, 351; (obs-  
truction intestinale par les), IV, 348; trai-  
tement, IV, 355.

— du canal cholédoque, IV, 344; cystique,  
343; hépatique, 344.

— du larynx, II, 512; du pancréas, IV, 416;  
des radicules du canal hépatique, 343; des  
reins, 678; stercoraux, V, 310; de l'ure-  
tère, IV, 708; de la vésicule biliaire, IV,  
341.

**CAMPHE** (Empoisonnement par le), V, 617.

**CAMPS** (Fièvre des), I, 13; (typhus des), I, 13.

**CANAL CHOLÉDOQUE** (Calculs du), IV, 344.

**CANAL HÉPATIQUE** (Calculs des radicules du),  
IV, 343.

**CANCER** en général, I, 474; anatomie patho-  
logique, 476; symptômes, 478; marche,  
480; causes, traitement, 480.

— des amygdales, III, 653; aréolaire des  
ovaires, V, 297; cérébriforme, III, 845;  
du cerveau, II, 181; du cœur, III, 198;  
colloïde, III, 845; du colon, IV, 156; des  
conduits biliaires, IV, 371,

— de l'estomac, III, 818; causes, 820; dia-  
gnostic, 848; (hérédité du), III, 823; lé-  
sions anatomiques, 841; marche, 839;  
symptômes, 826; (tumeurs dans le), 833;  
traitement, 852.

— du foie, IV, 308; causes, 309; diagnostic,  
315; lésions anatomiques, 314; marche,  
313; symptômes, 310; traitement, 316.

— des fosses nasales, II, 295; gélatiniforme,  
III, 845; de l'intestin, IV, 156; du larynx,  
II, 508; de la moelle épinière, II, 238; de  
l'œsophage, III, 690; des ovaires, V, 297;  
du pancréas, IV, 415; du péricarde, III,  
249; du poumon, II, 748; du rectum, IV,  
156; des reins, IV, 623; de la trachée, II,  
342; de l'uretère, IV, 708.

- CANCER** de l'utérus, V, 171 ; causes, 171 ; (coloration jaunâtre du corps dans le), 176 ; diagnostic, 181 ; (écoulement utérin dans le), 175 ; lésions anatomiques, 180 ; produisant la stérilité, V, 171 ; symptômes, 172 ; traitement, 184.
- de la vésicule biliaire, IV, 371.
- de la vessie, IV, 728 ; (rétention d'urine dans le), IV, 730.
- CANCÉREUSE** (Cachexie), V, 178 ; (diathèse), 172 ; (péritonite), IV, 467.
- CANCÉREUX** (Engorgement) de la matrice, V, 171.
- CANTHARIDES** (Empoisonnement par les), V, 381.
- CAOUTCHOUC** (Empoisonnement par le), V, 663.
- CAPACITÉ** des cavités du cœur, III, 88.
- CAPILLAIRE** (Apoplexie), II, 136 ; bronchite, II, 579, 592 ; (hémorrhagie), II, 136.
- CAPSULES** surrénales (Maladies des), I, 589.
- CARBONE** (Sulfure de) (empoisonnement par le), V, 663.
- CARCINOME**, IV, 308.
- CARDIALGIE**, IV, 3 ; hystérique, IV, 22.
- CARDIALGIQUE** (Fièvre), I, 247.
- CARDIAQUE** (Cyanose), III, 199.
- CARDITE**, III, 157 ; (accès de dyspnée dans la), 160 ; causes, 158 ; diagnostic, 162 ; lésions anatomiques, 161 ; marche, 160 ; (œdème des jambes dans la), 160 ; symptômes, 159 ; traitement, 164.
- partielle, III, 97.
- CARIE** des dents occasionnant la névralgie tri-faciale, I, 673 ; vertébrale, I, 697.
- CARNIFICATION**, II, 577.
- CARPHOLOGIE**, II, 75 ; dans la fièvre typhoïde, I, 25.
- CARREAU**, IV, 510 ; causes, 511 ; symptômes, 511 ; marche, 512 ; lésions anatomiques, 512 ; diagnostic, 512 ; traitement, 513.
- CARTILAGINIFICATION** des ovaires, V, 308 ; du péricarde, III, 249.
- CATAIRE** (Frémissement), III, 134, 139 ; dans l'anévrysme faux de l'aorte ascendante, III, 278.
- CATALEPSIE**, I, 629 ; causes, 630 ; diagnostic, 633 ; (hérédité de la), I, 630 ; lésions anatomiques, 633 ; marche, 633 ; symptômes, 630 ; traitement, 633.
- CATHARRHALE** (Amygdalite), III, 576 ; (angine), III, 539 ; (blennorrhagie) chez l'homme, IV, 795 ; (diarrhée), IV, 130 ; (entérite), IV, 101 ; (fièvre), II, 574.
- CATARRE** bronchique, II, 573 ; muqueux, II, 601 ; nasal, II, 277 ; pituiteux, II, 601 ; précurseur de la coqueluche, III, 70 ; pulmonaire, voy. *Bronchite aiguë*, II, 572 ; sec, II, 601 ; suffocant, II, 618.
- CATARRE** utérin, V, 139 ; causes, 143 ; marche, 146 ; tomiques, 147 ; diagnostic, 148 ; 149.
- de la vessie, IV, 712.
- CAVERNES** des poumons dans la, 771 ; (cicatrices des), II, 773 ; des parois des), 772.
- CAVERNEUSE** (Respiration) dans les bronches, II, 633 ; dans la, 766 ; dans la pleurésie, III, 29.
- CAVERNULEUX** (Râle) dans la phthisie.
- CAVITÉ BUCCALE** (Ulcérations de muguet, III, 435 ; (maladies des), III, 548.
- CAVITÉS DU CŒUR** (Capacité des) — (communication des), III, 199 ; 199 ; symptômes, 200 ; marche, lésions anatomiques, 203 ; diagnostic, traitement, 206.
- CAVITÉS RÉNALES** (Rétention de l'urine), IV, 703 ; causes, 704 ; symptômes, 704 ; marche, 704 ; lésions anatomiques, 706 ; diagnostic, 706 ; traitement, 706.
- CELLULAIRE** (tissu) (endurcissement), III, 333 ; (maladies du), V, 332.
- CÉPHALALGIE** dans l'abcès du cerveau, I, 178 ; la chlorose, I, 497 ; la congestion cérébrale, II, 108 ; le coryza, II, 411 ; l'embarras gastrique, II, 741 ; l'érysipèle, V, 379.
- dans la fièvre continue, I, 7 ; dans la typhoïde, I, 24.
- dans la gastrite aiguë, III, 779 ; dans la hémorrhagie méningée, II, 151 ; l'hémorrhagie méningée, II, 151 ; le drocéphale chronique, II, 94 ; les épilepsies, I, 828.
- dans la méningite aiguë, II, 41 ; spinale épidémique, II, 692.
- nerveuse, I, 638 ; dans la névrite, I, 638 ; dans la pneumonie aiguë, II, 69.
- CÉPHALÉE**, I, 333, 638.
- CÉPHALIQUE** (Grippe), I, 151.
- CÉPHALODYNIE**, I, 333.
- CÉRÉALES** (Convulsions), V, 644.
- CÉRÉBRALE** (Congestion), II, 108 ; 109 ; 110 ; 111 ; 112 ; 113 ; 114 ; 115 ; 116 ; 117 ; 118 ; 119 ; 120 ; 121 ; 122 ; 123 ; 124 ; 125 ; 126 ; 127 ; 128 ; 129 ; 130 ; 131 ; 132 ; 133 ; 134 ; 135 ; 136 ; 137 ; 138 ; 139 ; 140 ; 141 ; 142 ; 143 ; 144 ; 145 ; 146 ; 147 ; 148 ; 149 ; 150 ; 151 ; 152 ; 153 ; 154 ; 155 ; 156 ; 157 ; 158 ; 159 ; 160 ; 161 ; 162 ; 163 ; 164 ; 165 ; 166 ; 167 ; 168 ; 169 ; 170 ; 171 ; 172 ; 173 ; 174 ; 175 ; 176 ; 177 ; 178 ; 179 ; 180 ; 181 ; 182 ; 183 ; 184 ; 185 ; 186 ; 187 ; 188 ; 189 ; 190 ; 191 ; 192 ; 193 ; 194 ; 195 ; 196 ; 197 ; 198 ; 199 ; 200 ; 201 ; 202 ; 203 ; 204 ; 205 ; 206 ; 207 ; 208 ; 209 ; 210 ; 211 ; 212 ; 213 ; 214 ; 215 ; 216 ; 217 ; 218 ; 219 ; 220 ; 221 ; 222 ; 223 ; 224 ; 225 ; 226 ; 227 ; 228 ; 229 ; 230 ; 231 ; 232 ; 233 ; 234 ; 235 ; 236 ; 237 ; 238 ; 239 ; 240 ; 241 ; 242 ; 243 ; 244 ; 245 ; 246 ; 247 ; 248 ; 249 ; 250 ; 251 ; 252 ; 253 ; 254 ; 255 ; 256 ; 257 ; 258 ; 259 ; 260 ; 261 ; 262 ; 263 ; 264 ; 265 ; 266 ; 267 ; 268 ; 269 ; 270 ; 271 ; 272 ; 273 ; 274 ; 275 ; 276 ; 277 ; 278 ; 279 ; 280 ; 281 ; 282 ; 283 ; 284 ; 285 ; 286 ; 287 ; 288 ; 289 ; 290 ; 291 ; 292 ; 293 ; 294 ; 295 ; 296 ; 297 ; 298 ; 299 ; 300 ; 301 ; 302 ; 303 ; 304 ; 305 ; 306 ; 307 ; 308 ; 309 ; 310 ; 311 ; 312 ; 313 ; 314 ; 315 ; 316 ; 317 ; 318 ; 319 ; 320 ; 321 ; 322 ; 323 ; 324 ; 325 ; 326 ; 327 ; 328 ; 329 ; 330 ; 331 ; 332 ; 333 ; 334 ; 335 ; 336 ; 337 ; 338 ; 339 ; 340 ; 341 ; 342 ; 343 ; 344 ; 345 ; 346 ; 347 ; 348 ; 349 ; 350 ; 351 ; 352 ; 353 ; 354 ; 355 ; 356 ; 357 ; 358 ; 359 ; 360 ; 361 ; 362 ; 363 ; 364 ; 365 ; 366 ; 367 ; 368 ; 369 ; 370 ; 371 ; 372 ; 373 ; 374 ; 375 ; 376 ; 377 ; 378 ; 379 ; 380 ; 381 ; 382 ; 383 ; 384 ; 385 ; 386 ; 387 ; 388 ; 389 ; 390 ; 391 ; 392 ; 393 ; 394 ; 395 ; 396 ; 397 ; 398 ; 399 ; 400 ; 401 ; 402 ; 403 ; 404 ; 405 ; 406 ; 407 ; 408 ; 409 ; 410 ; 411 ; 412 ; 413 ; 414 ; 415 ; 416 ; 417 ; 418 ; 419 ; 420 ; 421 ; 422 ; 423 ; 424 ; 425 ; 426 ; 427 ; 428 ; 429 ; 430 ; 431 ; 432 ; 433 ; 434 ; 435 ; 436 ; 437 ; 438 ; 439 ; 440 ; 441 ; 442 ; 443 ; 444 ; 445 ; 446 ; 447 ; 448 ; 449 ; 450 ; 451 ; 452 ; 453 ; 454 ; 455 ; 456 ; 457 ; 458 ; 459 ; 460 ; 461 ; 462 ; 463 ; 464 ; 465 ; 466 ; 467 ; 468 ; 469 ; 470 ; 471 ; 472 ; 473 ; 474 ; 475 ; 476 ; 477 ; 478 ; 479 ; 480 ; 481 ; 482 ; 483 ; 484 ; 485 ; 486 ; 487 ; 488 ; 489 ; 490 ; 491 ; 492 ; 493 ; 494 ; 495 ; 496 ; 497 ; 498 ; 499 ; 500 ; 501 ; 502 ; 503 ; 504 ; 505 ; 506 ; 507 ; 508 ; 509 ; 510 ; 511 ; 512 ; 513 ; 514 ; 515 ; 516 ; 517 ; 518 ; 519 ; 520 ; 521 ; 522 ; 523 ; 524 ; 525 ; 526 ; 527 ; 528 ; 529 ; 530 ; 531 ; 532 ; 533 ; 534 ; 535 ; 536 ; 537 ; 538 ; 539 ; 540 ; 541 ; 542 ; 543 ; 544 ; 545 ; 546 ; 547 ; 548 ; 549 ; 550 ; 551 ; 552 ; 553 ; 554 ; 555 ; 556 ; 557 ; 558 ; 559 ; 560 ; 561 ; 562 ; 563 ; 564 ; 565 ; 566 ; 567 ; 568 ; 569 ; 570 ; 571 ; 572 ; 573 ; 574 ; 575 ; 576 ; 577 ; 578 ; 579 ; 580 ; 581 ; 582 ; 583 ; 584 ; 585 ; 586 ; 587 ; 588 ; 589 ; 590 ; 591 ; 592 ; 593 ; 594 ; 595 ; 596 ; 597 ; 598 ; 599 ; 600 ; 601 ; 602 ; 603 ; 604 ; 605 ; 606 ; 607 ; 608 ; 609 ; 610 ; 611 ; 612 ; 613 ; 614 ; 615 ; 616 ; 617 ; 618 ; 619 ; 620 ; 621 ; 622 ; 623 ; 624 ; 625 ; 626 ; 627 ; 628 ; 629 ; 630 ; 631 ; 632 ; 633 ; 634 ; 635 ; 636 ; 637 ; 638 ; 639 ; 640 ; 641 ; 642 ; 643 ; 644 ; 645 ; 646 ; 647 ; 648 ; 649 ; 650 ; 651 ; 652 ; 653 ; 654 ; 655 ; 656 ; 657 ; 658 ; 659 ; 660 ; 661 ; 662 ; 663 ; 664 ; 665 ; 666 ; 667 ; 668 ; 669 ; 670 ; 671 ; 672 ; 673 ; 674 ; 675 ; 676 ; 677 ; 678 ; 679 ; 680 ; 681 ; 682 ; 683 ; 684 ; 685 ; 686 ; 687 ; 688 ; 689 ; 690 ; 691 ; 692 ; 693 ; 694 ; 695 ; 696 ; 697 ; 698 ; 699 ; 700 ; 701 ; 702 ; 703 ; 704 ; 705 ; 706 ; 707 ; 708 ; 709 ; 710 ; 711 ; 712 ; 713 ; 714 ; 715 ; 716 ; 717 ; 718 ; 719 ; 720 ; 721 ; 722 ; 723 ; 724 ; 725 ; 726 ; 727 ; 728 ; 729 ; 730 ; 731 ; 732 ; 733 ; 734 ; 735 ; 736 ; 737 ; 738 ; 739 ; 740 ; 741 ; 742 ; 743 ; 744 ; 745 ; 746 ; 747 ; 748 ; 749 ; 750 ; 751 ; 752 ; 753 ; 754 ; 755 ; 756 ; 757 ; 758 ; 759 ; 760 ; 761 ; 762 ; 763 ; 764 ; 765 ; 766 ; 767 ; 768 ; 769 ; 770 ; 771 ; 772 ; 773 ; 774 ; 775 ; 776 ; 777 ; 778 ; 779 ; 780 ; 781 ; 782 ; 783 ; 784 ; 785 ; 786 ; 787 ; 788 ; 789 ; 790 ; 791 ; 792 ; 793 ; 794 ; 795 ; 796 ; 797 ; 798 ; 799 ; 800 ; 801 ; 802 ; 803 ; 804 ; 805 ; 806 ; 807 ; 808 ; 809 ; 810 ; 811 ; 812 ; 813 ; 814 ; 815 ; 816 ; 817 ; 818 ; 819 ; 820 ; 821 ; 822 ; 823 ; 824 ; 825 ; 826 ; 827 ; 828 ; 829 ; 830 ; 831 ; 832 ; 833 ; 834 ; 835 ; 836 ; 837 ; 838 ; 839 ; 840 ; 841 ; 842 ; 843 ; 844 ; 845 ; 846 ; 847 ; 848 ; 849 ; 850 ; 851 ; 852 ; 853 ; 854 ; 855 ; 856 ; 857 ; 858 ; 859 ; 860 ; 861 ; 862 ; 863 ; 864 ; 865 ; 866 ; 867 ; 868 ; 869 ; 870 ; 871 ; 872 ; 873 ; 874 ; 875 ; 876 ; 877 ; 878 ; 879 ; 880 ; 881 ; 882 ; 883 ; 884 ; 885 ; 886 ; 887 ; 888 ; 889 ; 890 ; 891 ; 892 ; 893 ; 894 ; 895 ; 896 ; 897 ; 898 ; 899 ; 900 ; 901 ; 902 ; 903 ; 904 ; 905 ; 906 ; 907 ; 908 ; 909 ; 910 ; 911 ; 912 ; 913 ; 914 ; 915 ; 916 ; 917 ; 918 ; 919 ; 920 ; 921 ; 922 ; 923 ; 924 ; 925 ; 926 ; 927 ; 928 ; 929 ; 930 ; 931 ; 932 ; 933 ; 934 ; 935 ; 936 ; 937 ; 938 ; 939 ; 940 ; 941 ; 942 ; 943 ; 944 ; 945 ; 946 ; 947 ; 948 ; 949 ; 950 ; 951 ; 952 ; 953 ; 954 ; 955 ; 956 ; 957 ; 958 ; 959 ; 960 ; 961 ; 962 ; 963 ; 964 ; 965 ; 966 ; 967 ; 968 ; 969 ; 970 ; 971 ; 972 ; 973 ; 974 ; 975 ; 976 ; 977 ; 978 ; 979 ; 980 ; 981 ; 982 ; 983 ; 984 ; 985 ; 986 ; 987 ; 988 ; 989 ; 990 ; 991 ; 992 ; 993 ; 994 ; 995 ; 996 ; 997 ; 998 ; 999 ; 1000.

**IFORME** (Cancer), III, 845.

**ITE**, II, 157.

, 159 ; causes, 160 ; (contracture des es dans la), 165 ; diagnostic, 171 ; illements dans la), II, 164 ; lésions iques, 168 ; marche, 166 ; rapport ions et des symptômes, 170 ; (rétention dans la), II, 166 ; (stertor dans la), ; symptômes, 162 : traitement, 172. ique, 173.

**O-SPINAL** (Arachnitis), II, 189 ; ty II, 189.

**U** (Maladies du), II, 101 ; cancer, 181 ; rques, II, 184 ; gangrène, II, 175 ; les, 184 ; hydropisie, II, 39 ; hyper-, 185 ; induration, II, 189 ; inflam-, 159.

llissement inflammatoire du), II, 117, 157 ; aigu, 159 ; causes 160 ; dia-, 171 ; lésions anatomiques, 168 ; , 166 ; rapports des lésions et des mes, 170 ; symptômes, 168 ; traite- 172 ; chronique, 173.

uration du), II, 177 ; (tubercules du),

**ET** (Maladies du), II, 101 ; (apoplexie 14 ; hémorrhagie du), II, 134.

**L** (Tétanos), I, 882.

**DYNIE**, I, 334.

**ON** prématurée des règles, V, 53.

**IONS** (Empoisonnement par les),

3, I, 417 ; caractères communs, 427 ; 418 ; (contagion du), 418 ; diagnos- ; (incubation du), I, 418 ; (indura-), I, 442 ; (inoculation du), I, 419 ; , 428 ; (pustules du), I, 422, 430 ; mes, 420 ; traitement, 434.

que, III, 475 ; de la bouche, 481 ; ritique, I, 425 ; douloureux, I, 438 ; ix, 424 ; huntérien, I, 422 ; indolent, nduré, 422 ; phagédénique gangré- 425, 426, pultacé, 425 ; rebelle, rpigineux, 426 ; simple ou superfi- 5 ; syphilitique, I, 417 ; III, 484 ; t, I, 424 ; vulgaire, III, 633.

angineux, voy. *Pharyngite couen-* II, 616 ; essentiel, V, 597 ; externe lif, V, 597 ; idiopathique, V, 597 ; V, 597 ; de la peste, I, 92 ; sym- que, V, 597.

**(VAPEUR DU)** (Asphyxie par la), III, aitement, 387.

**NEUSES** (Maladies), V, 597 ; chez , 597.

tite), III, 499.

**NEUX** (Œdème), V, 597 ; causes, mptômes, 601 ; marche, 604 ; dia- 605 ; lésions anatomiques, 609 ; nt, 610.

**CHARBONNEUX** (Œdème) des paupières, V, 603.

**CHARCUTERIE** putride (Empoisonnement par la), V, 613.

**CHARNUE** (Hernie), V, 544.

**CHAUDEPISSE**, IV, 793 ; bâtarde, IV, 834 ; cordée, 803 ; à répétition, 808.

**CHICKEN POX**, I, 169.

**CHIQUE**, V, 708.

**CHIRAGRE**, I, 347.

**CHLORE** (Empoisonnement par le), V, 648.

**CHLOROFORME** (Anesthésie par le), V, 659 ; (asphyxie par le), V, 658.

— (Empoisonnement par le), V, 658 ; marche, V, 659 ; anatomie pathologique, 661.

— (Sidération par le), 660.

**CHLOROFORMIQUE** (Syncope), V, 660.

**CHLOROSE**, I, 494 ; causes, 495 ; diagnostic et pronostic, 502 ; lésions anatomiques, 502 ; marche, 501 ; symptômes, 497 ; traitement, 502.

— compliquée d'inflammation, I, 510 ; ménor- rhagique, 508 ; syphilitique, 508.

**CHLORURES** (Empoisonnement par les), V, 648.

**CHOLÉCYSTITE**, IV, 332.

**CHOLÉDOQUE** (canal) (calculs du), IV, 344.

**CHOLÉRA-MORBUS** épidémique, I, 96 ; (abcès des paupières dans le), 117 ; (albuminurie dans le), 117 ; causes, 97 ; (contagion du), 97 ; diagnostic, 129 ; (diplopie dans le), 111 ; (épidémie de), I, 96 ; lésions anatomi- ques, 120 ; marche, 119 ; symptômes, 102 ; traitement, 131 ; (ulcérations des paupières dans le), I, 118.

— sporadique, IV, 83 ; causes, 84 ; symptômes, 85 ; marche, 87 ; lésions anatomiques, 88 ; diagnostic, 88 ; traitement, 89.

**CHOLÉRIFORME** (Diarrhée) des jeunes enfants, IV, 131 ; (gastrite), III, 779 ; (gastro-entérite), IV, 82.

**CHOLÉRINE**, I, 147 ; traitement, 147.

— des enfants pendant la première dentition, III, 535.

**CHOLÉRIQUE** (Fièvre), I, 247.

**CHOLÉRIQUES** (Froid glacial des), I, 114.

**CHOLÉROPHOBIE**, I, 119.

**CHORÉE**, I, 768 ; causes, 770 ; (convulsions dans la), 795 ; diagnostic, 781 ; épidémie, 771 ; hérédité, 771 ; lésions anatomiques, 780 ; marche, 778 ; symptômes, 774 ; traitement, 781.

— aiguë, I, 779 ; anormale, 793 ; chronique, 799 ; électrique, 793 ; essentielle, I, 769 ; fausse, 769 ; générale, 775 ; intermittente, 779 ; partielle, 778 ; propulsive, 793 ; rhu- matismale, 769, 773 ; rotatoire, 793 ; secon- daire, 769 ; vibratoire, 793.

**CHORIONITIS**, I, 779.

**CHUTE** de la matrice, V, 182.

**CHUTE** du rectum, IV, 195 ; traitement, 215.

— de l'utérus, V, 144.

**CHYLEUSES** (Urines), IV, 650.

**CICATRICES** des cavernes dans la phthisie, II, 713.

**CICATRISATION** des foyers sanguins, II, 139.

**CIRCINATUS** (Herpès), V, 418.

**CIRRHOSE** du foie, IV, 294 ; (ascite dans la), 297 ; causes, 295 ; diagnostic, 292 ; (ictère dans la), 297 ; marche, 299 ; lésions anatomiques, 300 ; (œdème dans la), 298 ; symptômes, 296 ; traitement, 303.

— du poumon, II, 746.

**CLOISON NASALE** (Absès de la), II, 348.

**CLOU** hystérique, I, 671, 733.

**COAGULABILITÉ** du sang dans l'hémoptysie, II, 551.

**COAGULATION** du sang dans l'artère pulmonaire, III, 337.

**COELIAQUE** (Flux), IV, 183.

**COELIAQUE** (TRONG) (Anévrysme du), III, 326 ; (anévrysme des divisions du), 327.

**COEUR** (Absès du), III, 157 ; (adhérence du péricarde au), 247 ; (altération de la membrane interne du), 110 ; (altération des valvules du), 145 ; (anatomie du), 86.

— (Anévrysme du) actif, III, 173 ; (causes, 167 ; symptômes, 167 ; marche, 168 ; lésions anatomiques, 168 ; diagnostic, 170 ; traitement, 170 ;) disséquant, 169 ; partiel, 166 ; rompu dans le péricarde, 169.

— (Apoplexie du), III, 157 ; (asystolie du), III, 208 ; (atrophie du), 196 ; (battements de), 173 ; (bruits du), 94 ; (bruit de râpe du), III, 116, III, 129 ; (bruit de souffle du), 116, 129 ; (cancer du), III, 198 ; capacité des cavités du), III, 88 ; communications des cavités droites et des cavités gauches du), III, 199 ; (conorétions polypiformes du), III, 151 ; (considérations générales sur les maladies du), III, 212 ; dégénérescences du), III, 197 ; (dilatation du), III, 170 ; (dimensions générales du), III, 88 ; (ectopie du), 214 ; (épaisseur des parois du), III, 89 ; (épaississement de la membrane interne du), III, 102 ; (étendue des orifices du), III, 90 ; (gangrène du), III, 162 ; (gangène du tissu propre du), 162 ; (hypertrophie du), III, 193 ; (induration simple des membranes du), III, 112 ; (inflammation du), III, 158 ; (insuffisance des valvules du), 132 ; (maladies du), III, 85 ; (mouvements du), 90 ; (ossification du tissu propre du), III, 197 ; (ossification des valvules), III, 123, 131, 141 ; (palpitations nerveuses du), III, 249 ; (physiologie du), III, 86 ; (polypes du), III, 151.

**COEUR** (Ramollissement du), III, plectiforme, III, 158 ; de la membrane interne, III, 101.

— (Rétrécissement des orifices du) (rupture du), III, 165 ; (situation du), III, 214 ; (tubercules du), (ulcérations du), III, 160, 162 ; 226 ; (vices de conformation du) Voy. *Endocarde*, III, 96 ; *Péricarde*, 217.

**COL UTÉRIN** (Adhérences du) à la térieure du vagin, V, 251 ; (a hypertrophique du), V, 251 ; (du), V, 191 ; (dilatation artificielle du), V, 122, 123 ; (érosions du), V, 122, 123 ; (Granulations du), V, 122, 123 ; (du), V, 122 ; (rougeurs du), V, 122 ; (Ulcérations simples du), V, 122 ; — Ulcères bénins, V, 122 ; syphilis, 122, 123.

**COLÈRE** (Accès de) ayant produit une hémorragie méningée, II, 80.

**COLIQUE** des barbouilleurs, V, Cayenne, de Devonshire, d'Écosse, Poitou, de Surinam, IV, 161 ; de la vessie, IV, 683 ; d'estomac, IV, 3, 9.

— hépatique, IV, 344 ; (accès de) (attaque de), 344 ; symptômes, 348 ; lésions anatomiques, 351 ; diagnostic, 351 ; traitement, 353.

— inflammatoire, voy. *Entérite*, I, 171 ; marins, IV, 163 ; métallique, V,

— néphrétique, IV, 693 ; (accès de) causes, 694 ; dans la gravelle, symptômes, 694 ; marche, 697 ; traitement, 699. Voy. *Néphrite aiguë*, 516.

— nerveuse, IV, 160 ; (accès d'épilepsie), 171 ; causes, 161 ; diagnostic (ictère dans la), 170 ; lésions anatomiques, 172 ; marche, 171 ; symptômes, 173 ; traitement, 173 ; dans l'entérite, dans l'hystérie, I, 556.

— névroso-gastrique, IV, 161 ; de la vessie, V, 688.

— de plomb, V, 687 ; causes, 688 ; 690 ; lésions anatomiques, 690 ; 688 ; traitement, 691.

— des plombiers, des potiers, voy. *Plomb*, V, 687 ; saturnine, V, 687.

— sèche, IV, 160 ; causes, 161 ; 172 ; lésions anatomiques, 171 ; 171 ; symptômes, 168 ; traitement, 173.

— utérine (Accès de), V, 113 ; dans l'hystérie, 92.

— végétale, IV, 160 ; causes, 161 ; 172 ; symptômes, 168 ; lésions anatomiques, 172 ; traitement, 173.

— venteuse, IV, 175 ; de zinc, V,



IV, 99 ; aiguë, 107.  
 OS des bronches, II, 577 ; du pou-  
 obstruction bronchique, 692.  
**ACTIVE** (Diarrhée) dans la phthisie,  
**E** (Cancer), III, 845.  
 cancer du), IV, 156 ; (rétrécissement  
 311.  
**ION DU CORPS**, bleue dans l'aménor-  
 , 57 ; jaunâtre dans le cancer de  
 , V, 176.  
**IONS DE LA PEAU**, morbides, V, 539 ;  
 ans l'aménorrhée, V, 57.  
 is l'hémorrhagie cérébrale, II, 117 ;  
 émorrhagie méningée, 32 ; dans la  
 lisation des méninges, 73 ; saturnin,  
**SE** (Fièvre), I, 247.  
**CATION** des cavités droites et des  
 gauches du cœur, III, 199 ; (accès  
 cation dans la), 203 ; causes, 199 ;  
 tic, 203 ; lésions anatomiques, 203 ;  
 , 203 ; symptômes, 200 ; traitement,  
**IE** (Angine) de Borsieri, III, 573.  
**SION** de l'abdomen dans l'ascite,  
 ) ; de l'aorte, V, 99 ; dans l'arthrite  
 354 ; lente de la moelle, II, 212 ;  
 mons (asphyxie par), III, 279.  
**ION** (Absence de), V, 127.  
**IONS** délirantes, I, 601.  
**ION** goutteuse, I, 359.  
**IONS** biliaires du foie, IV, 207.  
 formes du cœur, III, 250 ; adhé-  
 152 ; non adhérentes, 155.  
 ées, I, 354, 358.  
 res, IV, 681 ; traitement, 681.  
**S BILIAIRES** (Cancer des), IV, 871.  
 imation des), IV, 339 ; chronique,  
 ration des), IV, 339 ; (perforation  
 r les calculs, IV, 351.  
**S URINAIRES** (Maladies des), IV,  
**OMES**, I, 452.  
**INTES** (Plaques), I, 452 ; (rougeole),  
 ; (variole), I, 151.  
**INTS** (Aphthes), III, 452.  
**ION** atonique, II, 106 ; brusque  
 aralyse, 110.  
 ale, II, 102 ; causes, 103 ; dia-  
 , 110 ; épidémie, 104 ; lésions ana-  
 es, 111 ; marche, 110 ; symptômes,  
 traitement, 112.  
 islique brusque, II, 112 ; gazeuse  
 s plèvres, III, 3 ; lente et prolongée,  
 ; pulmonaire dans les maladies ai-  
 I, 668.  
 ne, I, 493 ; du foie, IV, 247 ; de la  
 II, 213.

**CONGESTION** utérine, V, 110 ; causes, 111 ;  
 diagnostic, 113 ; lésions anatomiques, 113 ;  
 marche, 113 ; symptômes, 112 ; traitement,  
 114.  
**CONGESTIVE** (Hypérémie) du foie, IV, 249.  
**CONSUMPTION** dorsale, IV, 761 ; pulmonaire,  
 II, 757 ; rachitique, I, 537.  
**CONSTIPATION**, IV, 177 ; causes, 178 ; dia-  
 gnostic, 180 ; lésions anatomiques, 179 ;  
 symptômes, 178 ; traitement, 180.  
**CONSTITUTIONNELLES** (Maladies), I, 265 ;  
 syphilis, I, 447.  
**CONSTRICION** du col de l'utérus, V, 191 ;  
 de l'œsophage et du pharynx, III, 713.  
**CONTAGION** de la blennorrhagie, IV, 794 ;  
 du chancre, I, 418 ; du choléra-morbus, I,  
 97 ; de la coqueluche, III, 69 ; du coryza  
 aigu, II, 278 ; du croup, II, 407 ; de la  
 dysenterie, IV, 107 ; de l'éléphantiasis des  
 Grecs, V, 513 ; de l'érysipèle, V, 374.  
 — de la fièvre jaune, I, 79 ; miliaire, I, 213 ;  
 puerpérale, I, 68 ; typhoïde, I, 13.  
 — de l'hépatite, IV, 255 ; de la laryngite ai-  
 guë, II, 342 ; de la morve, V, 583 ; du mu-  
 guet, III, 427 ; des oreillons, III, 540 ; de  
 la rougeole, I, 181 ; des scrofules, I, 879.  
 — de la stomatite couenneuse, III, 475 ; gan-  
 gréneuse, III, 494.  
 — du typhus fever, I, 55.  
**CONTINENTE** (Fièvre), I, 6.  
**CONTINUES** (Convulsions), I, 910 ; fièvre, I,  
 3.  
**CONTRACTIONS** des membres dans le scor-  
 but, I, 521.  
**CONTRACTURE** des extrémités, 898.  
 — idiopathique, I, 898 ; causes, 899 ; diagnos-  
 tic, 901 ; lésions anatomiques, 902 ; marche,  
 901 ; symptômes, 900 ; traitement, 903.  
 — des membres dans la cérébrite aiguë, II,  
 165 ; dans l'hémorrhagie cérébrale, II, 128 ;  
 dans l'intoxication saturnine, V, 697.  
**CONVULSIFS** (Accès) dans l'hystérie, I, 823 ;  
 (ergotisme), I, 902, V, 645 ; (rire) dans  
 l'hystérie, I, 826.  
 — (Tic) douloureux, I, 666 ; non douloureux,  
 I, 908.  
**CONVULSIONS** dans la chorée, I, 775 ; dans  
 la coqueluche, III, 73 ; dans la dentition, III,  
 534 ; dans l'ergotisme, V, 645 ; dans l'hé-  
 morrhagie cérébrale, II, 128 ; dans la né-  
 vralgie trifaciale, I, 668 ; dans les tuber-  
 cules du cerveau, II, 183 ; dans la tubercu-  
 lisation des méninges, II, 73.  
 — cérébrales, V, 644 ; cloniques dans la mé-  
 ningite rachidienne, II, 209 ; continues, I,  
 910 ; hystériques, I, 824.  
 — idiopathiques de la face, I, 907 ; causes,  
 908 ; diagnostic, 911 ; lésions anatomiques,  
 911 ; marche, 910 ; symptômes, 909 ; trai-  
 tement, 911.

- CONVULSIONS** intermittentes, I, 909; produites par les ascarides, IV, 223; saturnines, V, 696.
- CONVULSIVE** (Angine) des anciens, II, 384; (épidémie), I, 801; (fièvre), I, 247; (grippe), I, 151; (hystérie), I, 824.
- (Toux), III, 69; dans la coqueluche, III, 71; de dentition, III, 534.
- COQUELUCHE**, III, 69; (accès de), 70; (carrhe précurseur de la), 70; causes, 69; (contagion de la), III, 69; (convulsions dans la), III, 73; diagnostic, 74; épidémie, 69; lésions anatomiques, 74; marche, 73; symptômes, 70; (toux convulsive dans la), III, 71; traitement, 75.
- CORNÉE** (Syphilide), I, 471.
- CORPS** étrangers dans les voies respiratoires, III, 378; fibreux ovariens, V, 308.
- CORYZA** aigu, II, 277; causes, 278; (contagion du), II, 278; diagnostic, 283; (épidémie de), II, 279; lésions anatomiques, 282; marche, 282; symptômes, 279; traitement, 285.
- chronique, II, 292; causes, 293; diagnostic, 296; lésions anatomiques, 296; marche, 296; symptômes, 294; traitement, 299.
- fétide, II, 312; non fétide, 311; syphilitique, 312; non syphilitique, 312.
- ulcéreux, II, 307; causes, 309; diagnostic, 315; (exploration des fosses nasales dans le), 315; hérédité, 309; lésions anatomiques, 317; marche, 314; symptômes, 311; traitement, 321.
- CÔTÉ** (Point de), III, 24.
- COU** (Rhumatisme du), I, 686; musculaire, I, 334.
- (Tuméfaction du) dans l'œdème de la glotte, II, 491.
- COUENNEUSE** (angine) (Paralysies consécutives à l'), III, 654; causes, 658; symptômes, 656; marche, 657; diagnostic, 658; traitement, 658.
- (Pharyngite), III, 616; causes, 617; diagnostic, 625; symptômes, 619; marche, 623; lésions anatomiques, 624; (fausses membranes dans la), III, 620; traitement, 627.
- (Stomatite), III, 474; causes, 475; diagnostic, 478; symptômes, 476; marche, 477; lésions anatomiques, 478; traitement, 480.
- COUP** de barre, I, 79; de sang, II, 103, 106, 123.
- COUPEROSE**, V, 467.
- COURBATURE**, I, 3.
- COUSIN** (Piqûre du), V, 578.
- COW-POX**, I, 171.
- COXALGIE**, I, 706.
- CRACHEMENT** de sang, II, 545.
- CRAMPES**, I, 904; dans l'atrophie musculaire des membres, II, 24.
- CRAMPES** dans le choléra épidémique, 110; sporadique, IV, 86.
- des cuisses et des mollets, II, 1.
- CRANES** (Perforation du) dans l'hydrocéphale chronique, II, 96.
- CRÉPITANT** (Râle) dans l'apoplexie cérébrale, II, 676; dans la phthisie, 76; dans la pneumonie aiguë, II, 691.
- CRÉTINISME**, I, 620.
- CRIS** hydrocéphaliques, II, 70.
- CRISES** dans l'ascite, IV, 488; par le sang, par la salivation, par les sueurs, les surfaces sécrétoires telles, les urines, IV, 488.
- CRISTALLINE** (Variole), I, 160.
- CRITIQUE** (Diarrhée), IV, 130.
- CROTALE** (Morsure du), V, 576.
- CROUP**, II, 405; accès, 383, 426; (artérielle dans le), 448; cause (contagion du), 407; diagnostic (fièvre dans le), II, 415; lésions anatomiques, 419; marche, 417; symptômes, 419; traitement, 426; traitement prophylactique, 460.
- chez l'adulte, II, 416; bronchique chez l'enfant, 410; nerveux, spasmodique, II, 384.
- (fausse membrane du) (Adhère), II, 420; (analyse chimique de la), 420.
- CROUPALE** (Toux), II, 413; (voix), 413.
- CROÛTES** de lait, V, 447, voy. 444; farineuse, 459.
- CROÛTE** (Dartre), V, 445.
- CROUTEUX** (Érysipèle), V, 377; 441.
- CRURALE** (Névralgie), I, 705.
- CRUSTACÉE** (Dartre), V, 445.
- CUBITALE** (Névralgie), I, 689.
- CUIR CHEVELU** (Eczéma du), V, 3.
- (Érysipèle du), V, 379; traitement, 379.
- CUIR NEUF** (Bruit de) dans la périoste, 223.
- CUISSES** (Crampes des), II, 194.
- CUIVRE** (Coliques de), V, 683.
- CUIVREUSES** (préparations) (empoisonnement par les), V, 683.
- CUTANÉE** (Diphthérie), III, 621.
- CUTANÉES** (Affections) de diverses sortes, V, 538.
- CYANHYDRIQUE** (acide) (Empoisonnement par l'), V, 615.
- CYANOSE** cardiaque, III, 199.
- CYANURE DE POTASSIUM** (Empoisonnement par le), V, 615.
- CYNANCHE**. Voy. *Laryngite*, III, 3.
- CYSTALGIE**. Voy. *Névralgie de la cornée*, 756.
- CYSTICERQUES** du cerveau, II, 18.

**DGIE**, IV, 712.  
**(Calculs)**, IV, 343.  
**iguë**, IV, 712; causes, 713; dia-  
 718; marche, 717; lésions anatomi-  
 718; symptômes, 715; traitement,  
**hagique**, IV, 805; cantharidienne,  
**e**, IV, 719; causes, 719; dia-  
 723; symptômes, 717; marche,  
 ons anatomiques, 723; traitement,  
 IV, 713; légère, IV, 713.  
 IV, 712.

## D

**S ACULEATUS**, IV, 636.  
**saint-Guy**, I, 768; grande, 793.  
**oûteuse**, crustacée, V, 445; écaïl-  
 03; érythémoïde, 369; humide  
 e, 395; furfuracée volante, 505;  
 , 475; miliaire, 467; orbiculaire,  
 phlycténoïde, 407; pustuleuse dis-  
 467; rongeante, 517; sèche, 490;  
 e, 490, 503.  
**(Ozène)**, II, 309, 316.  
**RAMONIUM** (Empoisonnement par  
 14.  
**TIONS** de la peau, V, 542.  
**S** dans les maladies de la plèvre,  
**NCE**, III, 374.  
**ION** à la racine du nez dans le co-  
 reux, II, 313.  
**SCIENCE** du cœur, III, 197; de  
 ge, III, 695; des ovaires, V, 308;  
 nx, III, 652; du poumon, II, 747.  
**ION** difficile, II, 166.  
**ES** (Conceptions), I, 601; (fièvre),  
 ieux dans les accidents saturnins,  
 gai ou furieux dans l'hystérie, I,  
 ; ivrognes, V, 630; dans la mé-  
 érébro-spinale, II, 195; rabique,  
 tremblant, V, 630.  
**TREMENS**, V, 630; diagnostic,  
 rche, traitement, 631.  
**ENCE**, I, 186.  
 I, 606, 620; sénile, II, 162.  
**ANIE**, I, 605.  
**(Accidents causés par la)**, III,  
 ses, 530; diagnostic, 537; mar-  
 ; lésions anatomiques, 537; sym-  
 533; traitement, 538.  
 ions dans la), III, 534; (diarrhée  
 III, 535; (fièvre de), III, 533;  
 vulsive de), III, 534.

**DENTS** (Carie des) occasionnant la névralgie  
 trifaciale, I, 673; (feux de), III, 536, V,  
 488.  
**DÉPÔTS** athéromateux de l'aorte, III, 269.  
**DÉPURATOIRE** (Fièvre), I, 6.  
**DERMALGIE**, I, 731; causes, 732; diagnos-  
 tic, 735; marche, 735; siège, 734; sym-  
 ptômes, 734; traitement, 736.  
**DERMATOSE** eczémateuse, V, 395; scabieuse,  
 V, 421.  
**DERME** (Inflammation du) dans la gale, V,  
 424.  
**DESCENTE** de la matrice, V, 203; de l'uté-  
 rus, V, 167.  
**DEUTOCHLORURE** de mercure (Empoison-  
 nement par le), V, 674.  
**DÉVIATIONS** de la langue dans l'hémiplégie  
 faciale, I, 747; latérales de l'épine, I, 539.  
 — utérines, V, 199; (avortement fréquent  
 dans les), 216; causes, 205; lésions ana-  
 tomiques, 216; marche, 217; produisant la  
 stérilité, V, 216; symptômes, 213; (tour-  
 nis dans les), V, 219; traitement, 226.  
**DIABÈTE**, I, 546; dans l'iodisme, V, 652.  
 — aqueux, I, 548; insipide, 548. Voy. *Poly-*  
*dipsie*.  
 — sucré, I, 546; (boulimie dans le), I, 568;  
 (théorie sur la formation du), I, 554.  
**DIABLE** (Bruit de), I, 491.  
**DIAPHORÉTIQUE** (Fièvre), I, 247.  
**DIAPHRAGME** (Rhumatisme du), I, 342.  
**DIARRHÉE**, IV, 130; catarrhale, 130; cholé-  
 riforme des jeunes enfants, IV, 131; colli-  
 quative dans la phthisie, II, 803; critique,  
 IV, 130; dans la dentition difficile, III, 535;  
 idiopathique, IV, 120; intermittente, IV,  
 130; nerveuse, IV, 130.  
**DIATHÈSE** cancéreuse, V, 172; générale,  
 V, 179; purulente, I, 282.  
**DIÈTE** sèche ou arabe, I, 410.  
**DIFFUSE** (Entérite), IV, 101.  
**DIGESTIFS** (Troubles) dans les kystes des  
 ovaires, V, 300; dans la métrite, V, 145.  
**DIGESTION** laborieuse, III, 730.  
**DIGESTIVES** (VOIES) (Maladies des), III, 418.  
 — (Maladies des annexes des), IV, 247.  
**DILATATION** de l'aorte pectorale ascendante,  
 III, 276; descendante, 297.  
 — de l'artère pulmonaire, III, 339.  
 — des bronches, II, 629; (broncophonie dans  
 la), 638; causes, 630; diagnostic, 635;  
 lésions anatomiques, 634; marche, 634;  
 (respiration caverneuse dans la), II, 633;  
 (tintement métallique dans la), II, 666;  
 symptômes, 632; traitement, 639.  
 — artificielle du col utérin, V, 189.  
 — générale du cœur, III, 170; causes, 171;  
 diagnostic, 172; lésions anatomiques, 172;  
 marche, 172; symptômes, 171; traite-  
 ment, 172.



V, 452 ; causes, 453 ; symptômes, 455 ; lésions anatomiques, 455 ; traitement, 455.  
e, V, 454 ; traitement, 455 ; des 455 ; syphilitique, I, 467.  
onchique (Asphyxie par l'), II,

I, 394 ; causes, 395 ; diagnostic, 399 ; lésions anatomiques, 396 ; traitement, 401.

396 ; chronique, 398 ; du cuir 399 ; impétiginodes, 397 ; des 406 ; rubrum, 397 ; simple, 396 ; I, 398 ; syphilitique, I, 439.

USM (Dermatose), V, 395.

UX (Erysipèle), V, 377.

UMM, V, 369.

MIASMATIKES développant l'hypé-foie, IV, 250.

IE, II, 751 ; dans la pleurésie aiguë,

(Ulcère), III, 617.

UE (Chorée), I, 793.

IASIS des Arabes, V, 544 ; causes, 547 ; lésions anatomiques, 546 ; symptômes, 545 ; trai- 548.

cs, V, 511 ; causes, 512 ; (conta-'), 513 ; symptômes, 513 ; marche 514 ; lésions anatomiques, 514 ; diagnos- 515 ; traitement, 515 ; (tumeurs dans 13.

NS PUTRIDES des fosses d'ai-mpoisonnement par les), V, 647.

bilieux, III, 741 ; felle, 740.

e, III, 737 ; causes, 738 ; symptô- 741 ; marche, 741 ; lésions anatomi- 742 ; diagnostic, 742 ; traitement,

x, pituiteux, III, 741.

bubons d'), I, 406.

, III, 329 ; anatomie pathologique, 332.

ATEUSE (Variole), I, 160.

IE du foie, IV, 307.

on : vésiculaire, II, 641 ; (causes, 652 ; (fièvre dans l'), II, 643 ; lésions ana- 650 ; marche, 650 ; symptômes, 653 ;) interlobulaire, II, 664 ; diagnostic, 667 ; lésions 667 ; marche, 666 ; sym- 665 ; traitement, 667.)

NEMENTS en général, V, 667 ; tions générales, 668.

icides, V, 672 ; arsénieux, V, 679 ; ique, prussique, V, 615.

alcalis, V, 673 ; par l'ammoniaque V, 674 ; par l'amylène, V, 663 ; par oniaux, 686.

EMPOISONNEMENTS par l'arsenic, IV, 41 ; par les arsenicaux, V, 679 ; par la baryte, V, 674 ; la belladone, 614 ; la brucine, 616 ; par le camphre, 617 ; par les cantharides, V, 581 ; par le caoutchouc, 668 ; par les cham- pignons, V, 617 ; par la charenterie, V, 613.  
— par le chlore, V, 648.

— par le chloroforme, V, 658 ; marche, 658 ; anatomie pathologique, 661.

— par les chlorures, V, 648 ; par le cyanure de potassium, V, 615 ; par le datara stra- monium, V, 614 ; par le deutro-chlorure de mercure, V, 674.

— par l'eau de Barèges, V, 648 ; de laurier- écorce, 615.

— par les émanations putrides des fosses d'ai- sance, V, 647 ; des fosses d'aisance, V, 647 ; par l'éther, 662 ; par le foie de soufre, V, 674 ; par l'iode, V, 649 ; par la jus- quiamme, V, 614.

— par les matières putrides ingérées dans l'es- tomac, V, 613 ; inoculées, 613.

— par le minium, V, 699 ; par la morphine, V, 614 ; par le nitrate de potasse, 674 ; par la noix vomique, 616 ; par l'opium, 614.

— par les préparations d'argent, V, 684 ; de bismuth, 684 ; d'étain, d'or, de platine et de zinc, 684.

— par les sels alcalins, V, 673 ; de morphine, 614.

— par la strychnine, V, 610.

— par le sublimé corrosif, V, 674 ; par le sul- fure de potasse, V, 674.

— par les substances animales putrides, V, 613 ; minérales, V, 647 ; végétales, V, 614.

— par le tabac, V, 614 ; par le sulfure de car- bone, V, 663.

EMPROSTHOTONOS, I, 882.

EMPYÈME, III, 20 ; dans le cas de pleurésie chronique, III, 54 ; procédé opératoire, 56.

ENCÉPHALE (Maladies de l'), II, 27.

ENCÉPHALIQUE (Bruit de soufflet), III, 93.

ENCÉPHALIQUE (CONGESTION) brusque, II, 112.

ENCÉPHALITE circonscrite, II, 159 ; diffuse, II, 159.

ENCÉPHALOÏDE, IV, 314.

ENCÉPHALO-MÉNINGITE épidémique, II, 189.

ENCHIFRÈNEMENT, II, 278 ; de la glotte, II, 391.

ENDOCARDE (Inflammation de l'), III, 97 ; (maladies de l'), III, 96.

ENDOCARDITE aiguë, III, 97 ; causes, 97 ; diagnostic, 103 ; lésions anatomiques, 101 ; marche, 101 ; symptômes, 98 ; (tintement métallique dans l'), III, 100 ; traitement, 107.

— chronique, III, 110 ; dans le rhumatisme articulaire aigu, I, 273.

**ENDURCISSEMENT** adipeux, V, 339.

— sanguin du foie dans les maladies du cœur, III, 121.

— de la matrice, (cancéreux, squirrheux, V, 171 ; hémorrhagique, V, 39 ; par congestion simple, 111.)

— de la rate, IV, 401.

— du tissu cellulaire, V, 333.

— de l'utérus, V, 163.

**ENFANTS** (Aphthes des), III, 426 ; (cholérine des) pendant la première dentition, III, 535 ; (croup chez les), II, 410 ; (diarrhée cholériforme des), IV, 131.

— (Éclampsie des), I, 858 ; (accès d'), I, 866 ; (attaque d'), 862, 866 ; causes, 859 ; diagnostic, 867 ; lésions anatomiques, 867 ; marche, 865 ; symptômes, 861 ; traitement, 868.

— (Ecthyma des), V, 455 ; (fièvre typhoïde des), I, 30 ; (hémorrhagie cérébrale chez les), II, 134 ; (hépatite des), IV, 267 ; lienterie des), IV, 133.

— (Maladies de la mamelle chez les), V, 323 ; (muguet des), III, 431 ; (œsophagite chez les), III, 676 ; (paralysie essentielle des), I, 759 ; (ramollissement blanc aiguë essentiel des), II, 176 ; (strabisme chez les) dans la méningite aiguë, II, 42 ; (syphilis des), I, 408.

**ENGORGEMENT** des mamelles, V, 325.

— chronique de la rate, IV, 401 ; causes, 401 ; lésions anatomiques, 404 ; marche, 404 ; symptômes, 402 ; traitement, 404.

— laiteux, V, 326 ; causes, 326 ; traitement, 327.

**ENGOUEMENT** intestinal, IV, 178 ; traitement, 180.

— du poumon, II, 699.

**ENROUEMENT**, II, 363.

**ENTÉRALGIE**, IV, 158.

**ENTÉRITE**, IV, causes, 98 ; symptômes, 99 ; marche, 102 ; lésions anatomiques, 102 ; diagnostic, 103 ; traitement, 104.

— arthritique bilieuse, catarrhale, IV, 101 ; chronique, 105 ; circonscrite, 101 ; diffuse, 101 ; érythémateuse, IV, 101 ; folliculeuse, IV, 98 ; hémorrhoidale muqueuse, phlegmoneuse, IV, 101 ; pseudo-membraneuse, IV, 101 ; rhumatique, séreuse, IV, 101 ; des nouveau-nés, IV, 101 ; III, 439.

**ENTÉRO-COLITE**, IV, 98.

**ENTÉRO-MÉSENTÉRIQUE** (Fièvre), I, 13.

**ENTÉRO-MÉSENTÉRITE**, IV, 510 ; typhoïde, I, 13.

**ENTÉRORRHAGIE**, IV, 93 ; causes, 93 ; symptômes, 94 ; marche, 96 ; lésions anatomiques, 96 ; diagnostic, 96 ; (syncope dans l'), IV, 95 ; traitement, 97.

**ENTÉRORRHÉE**, IV, 132.

**ENTOZOAIRE**, IV, 219, 229, 231, 232, 374 ; V, 705.

**ENTRAILLES** (Inflammation d') déviations utérines, V, 212.

**ÉPAISSISSEMENT** de la membrane du cœur, III, 102.

**ÉPAULE** (Rhumatisme de l'), I, 33.

**ÉPHÉLIDES**, V, 540 ; lentiformes,

**ÉPHÉMÈRES** (Aphthes), III, 452.

**ÉPIAN**, V, 526.

**ÉPICIER** (Gale des), V, 399.

**ÉPIDÉMIE** d'acrodynie, V, 560 ; vermineuses, IV, 232 ; d'aphthes de chorée, I, 771 ; de choléra, congestion cérébrale, II, 104 ; luche, III, 69 ; de coryza, II, 27 ; lienterie, IV, 109 ; d'épistaxis, d'érysipèle, V, 375.

— de fièvre jaune, I, 80 ; puerpérale typhoïde, I, 16.

— d'hémorrhagie cérébrale, II, 134 ; de la rate, IV, 239 ; d'ictère, IV, 371 ; de la lienterie purulente, III, 342 ; de méningite, IV, 40 ; de méningite cérébro-spinale des oreillons, III, 549 ; de puerpérale, III, 220.

— de pharyngite couenneuse, III, 647 ; gréneuse, 647.

— de pneumonie, II, 687 ; de rage, I, 182.

— de stomatite couenneuse, III, 647 ; gréneuse, 496.

— de suette miliaire, I, 213 ; d'urticaire, I, 390 ; de variole, I, 155.

**ÉPILEPSIE**, I, 784 ; (accès de fureur), I, 804 ; (attaque d'), 795, 801 ; (convulsions dans l'), 824 ; diagnostic, 805 ; (hérédité de l'), I, 797 ; lésions anatomiques, 805 ; marche, 804 ; (râle dans l'), I, 802 ; (stertor dans l'), I, 802 ; symptômes, 800 ; traitement, 800.

— convulsive, I, 801 ; endémique idiopathique, I, 795 ; dans la myopie, II, 227 ; puerilis, I, 858 ; saltator, I, 798 ; V, 696 ; simulée, I, 798 ; symptomatique, 795 ; par les tumeurs du cerveau, II, 183.

**EPILEPTICA** (Aura), I, 801.

**ÉPILEPTIFORMES** (Accès) dans les convulsions du cerveau, II, 185 ; de la rage, II, 238.

— (Attaques), II, 165.

**ÉPILEPTIQUES** (Vertiges), I, 802.

**ÉPINE** (Déviations latérales de l'), I, 33.

**ÉPINYCTIS**, V, 453.

**ÉPISTAXIS**, II, 247 ; causes, 248 ; marche, 256 ; (ecchymoses dans l'), II, 250 ; (hérédité de l'), II, 250 ; lésions anatomiques, 255 ; marche, 254 ; (pétéchies dans l'), II, 254 ; symptômes, 250 ; traitement, 259.

— idiopathique, II, 250 ; symptomatique, II, 250.



**UIA**, V, 583.

**TILE** (Tissu) dans le foie, IV, 307.

**TISME**, V, 644 ; causes, 644 ; (convulsions dans l'), 645 ; diagnostic, 647 ; (gan-  
ne dans l'), 645 ; lésions anatomiques,  
3 ; marche, 646 ; symptômes, 645 ; trai-  
tement, 647.

**nvulsif**, I, 902, V, 645 ; gangréneux,  
645.

**IONS** du col de l'utérus, V, 131 ; trai-  
tement, 132.

**RIQUE** (Monomanie), I, 603.

**ROMANIE**, I, 605.

**ATIQUE** (Névralgie), I, 723.

**CTANTE** (Toux), II, 467.

**CTATIONS** dans l'angine de poitrine, III,  
17.

**PTIONS** impétigineuses, II, 197 ; miliaire  
mugo, II, 197 ; ortiée, V, 486.

**PTIVES** (Fièvres), I, 153.

**SIPÉLATEUSE** (Dysenterie), IV, 113 ;  
fièvre), V, 544 ; (gastrite), III, 779.

**SIPÈLE**, V, 372 ; causes, 373 ; (conta-  
on de l'), 374 ; diagnostic, 381 ; (épidémie  
l'), 375 ; (hérédité de l'), V, 374 ; mar-  
che, 380 ; symptômes, 375 ; traitement, 382.  
ambulante, V, 380 ; traitement, 389.

**ulleux**, V, 372 ; croûteux, 377.

**u cuir chevelu**, V, 379 ; traitement, 389.

**zémateux**, V, 377 ; épidémique, 375.

**e la face**, V, 378 ; traitement, 389.

**angréneux**, V, 372 ; gastrique, 372 ;  
général, 379 ; intermittent, 381 ; lymphati-  
que, 372 ; miliaire, 377.

**es nouveau-nés**, V, 380 ; traitement, 384.

**zémateux**, V, 372 ; pemphigide, 377.

**blegmonieux**, V, 377 ; traitement, 388.

**hlycténoïde**, V, 377 ; pustuleux, 377.

**imple**, V, 375 ; traitement, 382.

**ésiculeux**, V, 372.

**THÉMATEUSE** (Entérite), IV, 101 ; (sto-  
mitis), III, 456.

**THÈME**, V, 363 ; causes, 369 ; sym-  
ptômes, 370 ; traitement, 372.

**es fesses**, précurseur du muguet des en-  
fants, III, 431 ; centrifuge, V, 371 ; fugace,  
71 ; noueux, 370 ; papuleux, 370 ; syphi-  
lique, I, 464 ; tuberculeux, V, 370.

**THÉMOÏDE** (Dartre), V, 369.

**NAIRES** dysentériques gangréneuses, IV,  
6 ; au sacrum, II, 166.

**NTIEL** (Asthme), III, 65.

**NTIELLE** (Hémoptysie), II, 544.

**LIOMÈNE** (Herpès), V, 517 ; de la région  
vo-anale, V, 520.

**MAC** (Affections de l'), III, 728 ; (amin-  
tement de la muqueuse gastrique de l'),  
793.

**ancer de l')**, III, 818 ; (hérédité du), III,  
3 ; (tumeurs dans le), III, 833.

**ESTOMAC** (Crampe de l'), IV, 3 ; (dilatation de  
l'), III, 374 ; (empoisonnement par les ma-  
tières putrides ingérées dans l'), V, 613 ;  
(hydropisie de l'), III, 874 ; (inflammation  
de l'), III, 786 ; (kystes hydatiques du foie,  
rompus dans l'), IV, 323 ; (perforation de  
l'), 860.

— Ramollissement blanc, III, 793 ; gélatini-  
forme, 800.

— (Rhumatisme de l'), I, 342 ; rupture, III,  
867 ; (saburres de l'), III, 738 ; (spasme de  
l'), IV, 3 ; (squirrhe de l'), III, 819 ; (ulcère  
simple de l'), III, 805 ; vomissement ner-  
veux, IV, 32.

**ESTOMAC et INTESTINS** (Mal. de l'), IV, 78.

**ÉTAIN** (Empoisonnement par l'), V, 684.

**ÉTAT** fœtal dans la broncho-pneumonie, II,  
577, 584, 644 ; granuleux du foie, IV,  
295.

— gras du foie, IV, 304 ; causes, 304 ; dia-  
gnostic, 306 ; symptômes, 305 ; traitement,  
306.

— nerveux, II, 17 ; de la peau dans la fièvre  
typhoïde, I, 26 ; du sang dans la scarlatine,  
I, 206 ; typhoïde, I, 39.

**ÉTHER** (Empoisonnement par l'), V, 662.

**ÉTISIE**, II, 757.

**ÉTRANGLÉ** (Bourrelet), IV, 215.

**ÉTRANGLEMENT** interne, IV, 137 ; causes,  
139 ; symptômes, 139 ; marche, 140 ; lé-  
sions anatomiques, 141 ; diagnostic, 142 ;  
traitement, 143.

— de l'intestin produit par des vers, IV, 222.

**ÉVACUATIONS** critiques dans la pleurésie  
aiguë, III, 34.

**ÉVANOUISSEMENT**, III, 372.

**EXANTHÉMATEUSE** (Dysenterie), IV, 113.

**EXANTHÉMATIQUE** (Asthme), III, 65 ; (sy-  
philide), I, 463.

**EXANTHÈMES**, V, 369 ; (scarlatine sans), I,  
202.

— fugace, I, 195.

**EXPLORATION** des fosses nasales dans le  
coryza ulcéreux, II, 317.

**EXPULSION** par les selles d'une partie d'in-  
testin, IV, 148.

**EXTINCTION DE VOIX**, II, 514.

**EXTRA-PÉRITONÉAL** (Abscess), IV, 431.

**EXTRÉMITÉS** (Contracture des), I, 898.

## F

**FACE** (Convulsions idiopathiques de la), I,  
907 ; causes, 908 ; diagnostic, 911 ; lésions  
anatomiques ; 911 ; marche, 910 ; sym-  
ptômes, 909 ; traitement, 911.

— (Erysipèle de la), V, 378 ; traitement, 389.

— (Paralysie de la), I, 742.

- FACIALE** (Névralgie), I, 666 ; (tétanos), I, 882.
- FARCIN**, V, 582 ; aigu, 591 ; chronique, 591.
- FAUSSES MEMBRANES** de la bronchite pseudo-membraneuse, II, 621.
- du croup, II, 419 ; (adhérence de la), II, 420 ; (analyse chimique de la), I, 165.
- dans la dysenterie, IV, 117 ; dans le muguet, III, 433 ; dans la pharyngite couenneuse, III, 620 ; dans la pneumonie, II, 690.
- FAVEUSES** (Croutes), V, 444 ; (teigne), V, 457.
- FAVUS** disséminé, V, 458 ; en cercle, 458 ; (plaques du), V, 458.
- FÉBRILE** (Bronchite), II, 575 ; traitement, 587.
- FÉCALES** (MATIÈRES) (Accumulation des) dans l'intestin, IV, 179 ; traitement, 180.
- dans le rectum, 182 ; traitement, 182.
- occasionnant une tumeur inflammatoire du bassin, V, 310.
- FÉGARITE**, III, 492.
- FEMMES** (Blennorrhagie chez la), IV, 837 ; (maladies des), V, 1 ; (urétrite chez la), IV, 843.
- FEMMES ENCEINTES** (Eclampsie des), I, 875 ; (accouchement occasionnant l'), 875 ; (vomissement des), IV, 32.
- FEMMES EN COUCHES** (Eclampsie des), I, 875 ; (métrite des), V, 117 ; (œdème douloureux des), III, 359.
- FERMENTATION** alcoolique (vapeur de la) (Asphyxie par la), III, 380.
- FESSES** (Erythème des), III, 431.
- FÉTIDE** (Coryza), II, 312 ; (ulcère), II, 307.
- FÉTIDITÉ** des narines, II, 305.
- FEU** (Raies de), I, 674.
- sacré, Saint-Antoine, Saint-Marcel, V, 644.
- FEUX** de dents, III, 536, voy. *Strophulus*, V, 488.
- FEVER** (Typhus), I, 53 ; anatomie pathologique, 56 ; causes, 54 ; contagion, 55 ; description, 58 ; (pétéchies dans la), 63 ; traitement, 66.
- FIBREUX** (Corps) ovariens, V, 308.
- FIÈVRES** en général, I, 1 ; dans le croup, II, 415 ; dans l'emphysème vésiculaire du poumon, II, 649 ; dans la laryngite aiguë, II, 346 ; dans la laryngite ulcéreuse, II, 465 ; dans la phthisie, II, 766.
- d'accès, I, 245 ; à courtes périodes, 233 ; adéno-méningée, I, 13 ; adéno-nerveuse, I, 90 ; adynamique, I, 13 ; aiguë simple, I, 6 ; algide d'Amérique, I, 79 ; angioténique, I, 6, 13 ; aphonique, 248 ; apoplectique, 247 ; asthmatique, I, 248 ; ataxique, I, 13 ; des Barbades, 79.
- FIÈVRE** bilieuse grave des pays c 251 ; anatomie pathologique, 259 252 ; marche, 258 ; symptômes, 259 ; diagnostic, 260 ; traitement, 261.
- des camps, I, 13 ; cardialgique catarrhale, II, 574 ; cérébrale, II, charbonneuse, V, 597 ; cholérique comateuse, I, 247 ; continue, I, 3, 6 ; convulsive, 247 ; 247 ; de dentition, III, 533 ; d'été, I, 6 ; diaphorétique, I, 247 ; dysentérique, I, 247, IV, 107 ; entéro-mésentérique, 13 ; éphémère, I, 3 ; épidémique éruptive, I, 153 ; érysipélateuse, 153 ; gastralgique, I, 247 ; gastrique, I, gastro-céphalique, 6 ; hebdomadaire, I, 178 ; hépatique, IV, 251 ; inflammatoire, I, 6 ; simple, 6.
- FIÈVRE JAUNE**, I, 78 ; causes, 79 ; contagion de la, 79 ; diagnostic, 86 ; (de), 80 ; lésions anatomiques, 85 ; 84 ; symptômes, 81 ; traitement, 81 ; foudroyante, I, 84 ; légère, 83.
- FIÈVRE INTERMITTENTE** à courtes périodes, I, 233 ; bilieuse, 235 ; catarrhale double quotidienne, double quartetierce, 233 ; des enfants, 330 ; hyaline, 842 ; inflammatoire, 235 ; larvée névralgie, 651 ; muqueuses, 235 ; quintane, septane, 233.
- simple, I, 224 ; accès, 228 ; (albumine dans la), 232 ; causes, 225 ; diagnostic, 236 ; lésions anatomiques, 235 ; 232 ; symptômes, 229 ; traitement — subintrante, I, 234 ; symptomatique tierce doublée, tierce triplée, 233.
- FIÈVRES** larvées, I, 250 ; léthargiques, 247 ; des marais, I, 225 ; méningitiques, I, 15 ; mésentérique, IV, 420 — miliaire, I, 112 ; (contagion de la) — néphrétique, I, 247 ; IV, 518 ; nerveuse, 13 ; paludéenne, paludique, I, 225 ; paludique, I, 225 ; péripneumonique, 688.
- pernicieuses, I, 245 ; diagnostic lésions anatomiques, 248 ; symptômes traitement, 248.
- pneumonique, I, 248 ; pourpre, p 1, 197 ; des prisons, I, 13 ; pseudo-c 1, 250.
- puerpérale, I, 67 ; anatomie pathologique, 70 ; contagion, 68, 76 ; diagnostic (épidémie de), 76 ; étiologie, 75 ; 74 ; nature, 68 ; symptômes, 72 ; traitement, 77.
- purulente, I, 282, III, 341 ; putride, 13 ; rouge, I, 197.
- rémittente, I, 251, III, 576 ; (accès de) 260.
- rhumatique, I, 266 ; rhumatismale,

**SIMPLE** continue, I, 5 ; causes, 6 ;  
tic, 9 ; lésions anatomiques, 9 ; mar-  
symptômes, 7 ; traitement, 9.  
**lique**, I, 7.  
**spléniques**, I, 228 ; de suppuration  
variole, I, 157 ; syncopale, I, 247 ;  
s, I, 5, II, 697.  
**TYPHOÏDE**, I, 10 ; (altération de la  
s la), I, 17 ; (altération des glandes  
r dans la), I, 39 ; (carphologie dans  
s ; causes, 13 ; contagion, 13, 16 ; dia-  
40 ; épidémie, 16 ; (état de la peau  
) , 26 ; lésions anatomiques, 37 ;  
, 31 ; rapports des lésions et des  
nes, 21, 39 : (sudamina dans la), I,  
itement, 45 ; (ulcérations de la  
dans la), I, 23.  
ants, I, 30.  
varioleuse, I, 154 ; vermineuse, IV,  
  
de Médine, V, 708.  
hémorrhoidales, IV, 195 ; traite-  
14.  
de la vésicule biliaire, IV, 334, 338 ;  
, I, 427.  
**ITÉS** intestinales, IV, 175.  
blanches, V, 31.  
**NTES** (Tumeurs) du petit bassin, V,  
s tissus péri-utérins, V, 269.  
**TION** dans l'ascite, IV, 479 ; hippo-  
dans le pneumo-thorax, III, 7.  
blanches, V, 31.  
liaque, IV, 133 ; dysentérique, IV,  
morrhoidal, IV, 183, 193 ; pancréa-  
i, 417 ; salivaire, III, 545 ; de se-  
IV, 761 ; de sérosité dans la métror-  
V, 92.  
hémorrhoidaire, V, 74 ; hémorrhoï-  
190 ; de poitrine, II, 683 ; utérine,  
  
état) dans la bronchopneumonie, II,  
4, 644.  
és du), IV, 283 ; s'ouvrant dans le  
m, l'intestin, le péricarde, 284 ;  
t par les parois de l'hypochondre,  
  
ie, IV, 252 ; atrophie, 290 ; cancer,  
  
, IV, 294 ; (ascite dans la), IV,  
  
ions biliaires, 307 ; congestion san-  
47 ; douve, 374 ; (échinocoques du),  
; emphysème 307 ; (engorgement  
du) dans les maladies du cœur, III,  
it gras, IV, 304 ; (état granuleux  
; fongus, 309 ; gangrène, IV, 269.  
e de la face convexe du), IV, 266 ;  
e, 266.  
as, IV, 317 ; (hydropisie enkystée  
318 ; (hypérémie du), 247 ; hyper-

trophie, IV, 287 ; induration, IV, 287 ; in-  
flammation, IV, 254.  
**FOIE** kystes, IV, 316 ; hydatiques, IV, 317.  
— (Maladies du), IV, 247.  
— masses adipocireuses, IV, 307 ; mélaniques,  
307.  
— névralgie, IV, 372 ; (obstruction du), IV,  
275 ; (phlegmon du), IV, 260 ; ramollisse-  
ment, 287 ; (squirrhe du), IV, 308, 314 ;  
syphilitique, IV, 307 ; (tumeurs hydatiques  
du), IV, 321.  
**FOIE DE SOUFRE** (Empoisonnement par le),  
V, 674.  
**FOLIE**, I, 597 ; (accès de fureur dans la), 604 ;  
causes, 599 ; diagnostic, 610 ; (hérédité de  
la), 590 ; lésions anatomiques, 609 ; mar-  
che, 608 ; symptômes, 600 ; traitement, 612.  
— aiguë, V, 633 ; alcoolique, I, 608 ; furieuse,  
I, 604 ; hypochondriaque, I, 623 ; des ivro-  
gues, 608 ; musculaire, I, 770 ; paralytique,  
I, 755 ; pellagreuse, V, 556 ; puerpérale, I,  
607.  
**FOLLICULEUSE** (Entérite), IV, 98 ; (gastrite),  
III, 780 ; (œsophagite), III, 667 ; (stoma-  
tite), III, 448.  
— (Vulvite), V, 5 ; causes, 5 ; symptômes, 5 ;  
marche, 6 ; diagnostic, 7 ; traitement, 7.  
**FOLLICULITE** vulvaire, V, 8 ; diagnostic, 10 ;  
symptômes, 10 ; traitement, 10.  
**FONGOSITÉS** intra-utérines, V, 155 ; causes,  
158 ; symptômes, 159 ; marche, 160 ; dia-  
gnostic, 160 ; traitement, 161.  
**FONGUEUX** (Chancre), I, 424.  
**FONGUS** de la dure-mère rachidienne, II, 112 ;  
du foie, IV, 309.  
**FOSES D'AISANCES** (gaz des) (Asphyxie par  
le), III, 387 ; (empoisonnement par le), V, 647.  
**FOSES ILIAQUES** (Absès des), V, 120 ; (in-  
flammation des), 312 ; (phlegmon des), V,  
311 ; (tumeurs inflammatoires des), 308.  
**FOSES NASALES** (Maladies des), II, 247 ;  
(cancer des), II, 295 ; (polype des), II, 297.  
**FOUDROYANTE** (Apoplexie), II, 123 ; (hémop-  
tysie), II, 673 ; (hémorrhagie), III, 283 ;  
(suette miliaire), I, 218.  
**FOURI** (Piqûre de la), V, 578.  
**FOURNILLEMENTS** dans la cérébrite aiguë,  
II, 164 ; dans la névrite, II, 241.  
**FOUS** incohérents, I, 601 ; panophobes, I, 605.  
**FOYERS** hémorrhagiques, II, 137.  
**FRAMBOESIA**, V, 526.  
**FRELON** (Piqûre du), V, 578.  
**FRÉMISSEMENT** dans l'anévrysme faux de  
l'aorte ascendante, III, 278.  
— cataire, III, 134, 139 ; vibratoire, III, 99.  
**FROID** glacial des cholériques, I, 114.  
**FROTTEMENT** péricarditique (Bruit de), III,  
223.  
**FUGACE** (Apoplexie), II, 123 ; (érythème), V,  
371.

**FUREUR** (Accès de) dans l'épilepsie, I, 804 ; dans la folie, I, 604.

— utérine, I, 638.

**FURFURACÉE** (Dartre), V, 505 ; (teigne), V, 399.

**FURFUREUX** (Herpès), V, 505.

**FURIEUSE** (Folie), I, 604.

## G

**GAIE** (Monomanie), I, 605.

**GALE**, V, 420 ; (acarus de la), V, 422 ; causes, 421 ; diagnostic, 425 ; (incubation de la), V, 425 ; lésions anatomiques, 425 ; (pustules de la), V, 424 ; marche, 425 ; symptômes, 423 ; (sarcopte de la), V, 421 ; (sillons de la), V, 424 ; traitement, 426 ; (vésicules de la), V, 524.

— critique, V, 421 ; des épiciers, 399 ; grosse, papuleuse, pustuleuse, 424.

**GANGLIONS** bronchiques (Absès des), III, 5.

— lymphatiques du cou (gonflement des) dans le croup, II, 411.

**GANGRÈNE** dans la dysenterie, IV, 117 ; dans l'ergotisme, V, 645.

— de la bouche, III, 492 ; du cerveau, II, 175, voy. *Cérébrite aiguë*, II, 159 ; du cœur, III, 162 ; hémorroïdale, IV, 195 ; de l'intestin, IV, 132 ; de la langue, III, 522 ; de la matrice, V, 119 ; des membres dans l'artérite, III, 321 ; momifique, 321 ; du nerf dans la névrite, II, 244 ; noire, III, 498 ; de l'œsophage, III, 676 ; des parois de la caverne, II, 772 ; du pharynx, III, 563, 647.

— du poumon, II, 636, 733 ; causes, 737 ; diagnostic, 742 ; lésions anatomiques, 735 ; marche, 741 ; symptômes, 738 ; traitement, 744.

— du rein, IV, 533 ; scorbutique des gencives, III, 475 ; des Solognots, V, 644 ; du tissu du cœur, III, 162 ; des tumeurs hémorroïdales, IV, 195, 215 ; de la vulve, V, 11.

**GANGRÉNEUSE** (Angine), III, 617 ; (scarlatine), I, 202.

— (Stomatite), III, 492 ; causes, 494 ; symptômes, 498 ; marche, 501 ; lésions anatomiques, 502 ; diagnostic, 504 ; traitement, 508.

— (Vulvite), V, 11.

**GANGRÉNEUX** (Aphthes), III, 475 ; (chancre), I, 425 ; (ergotisme), V, 645 ; (érysipèle), V, 372 ; (ulcère) du pharynx, III, 635.

**GASTRALGIE**, IV, 1 ; causes, 3 ; symptômes, 8 ; marche, 15 ; lésions anatomiques, 16 ; diagnostic, 16 ; (hérédité de la), IV, 5 ; traitement, 18 ; (boulimie dans la), 11.

— dans la névralgie dorso-intercostale, I, 694.

— aiguë, IV, 14 ; symptomatique, IV, 5.

**GASTRALGIQUE** (Fièvre), I, 247.

**GASTRIQUE** (Angine), III, 575 ; (ap 736.

— Embarras, III, 737 ; causes, 73 ptômes, 739 ; marche, 741 ; lésions miques, 742 ; diagnostic, 742 ; tra 744.

— (Erysipèle), V, 372 ; (fièvre), I, 6 gestion), III, 729 ; (toux), III, 771

**GASTRITE** adynamique, III, 780 ; forme, 779.

— chronique simple, III, 786 ; causes, 787 ; symptômes, 787 ; marche, 790 ; diagnostic, 790 ; traitement, 792.

— érysipélateuse, III, 779 ; folliculeu intermittente, 780 ; phlegmoneuse,

— simple aiguë, III, 768 ; causes, 7 ptômes, 774 ; marche, 780 ; lésions miques, 781 ; diagnostic, 781 ; tra 783.

— subaiguë, III, 780 ; suraiguë, 779

— ulcéreuse, voy. *Ulçère simple*, III

**GASTROBROSES**, III, 861.

**GASTRO-CÉPHALIQUE** (Fièvre), I, 1

**GASTRO-ENTÉRALGIE**, IV, 83 ; male des marins, IV, 161.

**GASTRO-ENTÉRITE**, IV, 79 ; aiguë, cholériforme, IV, 82 ; chronique, 8

**GASTRORRHAGIE**, III, 746 ; cause dans la grossesse, 766 ; symptômes marche, 755 ; lésions anatomiqu diagnostic, 757 ; traitement, 760.

— scorbutique, III, 766 ; suppléments

**GASTRORRHÉE**, III, 743.

**GAZ** dans le péritoine, IV, 442 ; expu vagin, V, 187.

— non respirables, III, 382 ; traitem

**GAZ DE L'ÉCLAIRAGE** (Asphyxie p 382.

**GAZ DES FOSSES D'AISANCES** (Asp le), III, 387 ; (empoisonnement p 647.

**GAZEUSE** (Congestion) dans les plèvr

**GÉLATINIFORME** (Cancer), III, 841

**GENCIVES** (Gangrène scorbutique 475 ; (ramollissement des) dans le I, 520 ; (ulcérations des) dans le I, 520.

**GÉNITO-URINAIRES** (VOIES) (Malad IV, 514.

**GINGIVITE**, III, 457.

**GLAND** (Ecoulement du), IV, 834.

**GLANDAGE**, V, 583.

**GLANDES** de Peyer (Altérations des fièvre typhoïde, I, 39.

**GLANDULAIRE** (Maladie) des Bart 544.

**GLANDULEUSE** (Angine), III, 603 ; 604 ; symptômes, marche, 605 anatomiques, 606 ; traitement, 60

**USE** (Pharyngite), III, 603.

**HRAX**, III, 516.

III, 516 ; causes, 517, symptô-  
mes ; marche, 521 ; lésions anatomi-  
ques, 522 ; diagnostic, 523 ; (œdème dans  
le), 520 ; traitement, 523.

profonde, III, 519 ; chronique, 522 ;  
521 ; profonde, 519 ; superficielle,

Enchifrènement de la), II, 391 ;  
de la) (accès de l'), II, 490 ; —  
de la), II, 528 ; anatomie patholo-  
gique ; causes, 529 ; diagnostic, 531 ;  
531 ; symptômes, 530 ; traitement,

**IE**, I, 558.

**I**, 558.

**IE**. Considérations générales, I,  
; causes, 550 ; conditions organi-  
ques ; diagnostic, 574 ; lésions anatomi-  
ques, 573 ; marche, 571 ; symptômes,  
traitement, 576.

**INT** des amygdales dans l'angine  
tongue, II, 348.

lions lymphatiques du cou dans le  
411.

state, IV, 750 ; (rétention d'urine  
745.

**E** bâtarde, IV, 834 ; chez la  
38.

**V**, 445.

346, accès, 350 ; attaque, 350 ;  
18 ; diagnostic, 359 ; (hérédité de  
lésions anatomiques, 358 ; mar-  
che (œdème dans la), I, 356 ; (ré-  
tention de la), I, 356 ; symptômes, 349 ;  
t, 361.

349 ; anormale, 354 ; chaude,  
ironique, 353 ; fixe, 354 ; froide,  
mmatoire, 353 ; interne, 354 ;  
354 ; mobile, 354 ; œdéma-  
tique ; rétro-cédée, 356 ; scorbutique,  
ue, 358.

3 (Cachexie), I, 371 ; (concré-  
tion) ; (métastase), I, 356 ; (néphrite),

**ÈVRES** (Abscesses des), IV, 844.

**IPATHIQUE** (Névralgie du), IV,

**IONS** grises des poumons, II, 770 ;  
uses du péricarde, III, 249.

V, 122, 123 ; causes, 124 ;  
nt utérin dans les), 125 ; sym-  
ptômes ; marche, 128 ; lésions anatomi-  
ques, 128 ; diagnostic, 128 ; traitement,

(Teigne), V, 448.

(Ulcérations) de l'utérus, V, 123.

**IE** (Métrite), V, 123 ; (écoulement  
de la), V, 145.

**GRANULEUSE** (Vaginite), V, 22 ; symptômes,  
23 ; marche, 23, diagnostic, 23 ; traitement,  
24.

**GRANULEUX** (État) du foie, IV, 295.

**GRAS** (État) du foie, IV, 304 ; causes, 304 ;  
symptômes, 305 ; diagnostic, 306 ; traite-  
ment, 306.

**GRAVELLE**, IV, 668 ; causes, 670 ; (héré-  
dité de la), 671 ; symptômes, 673 ; mar-  
che, 677 ; lésions anatomiques, 677 ; dia-  
gnostic, 678 ; traitement, 678.

— blanche, IV, 676, 693 ; jaune, 676 ; oxa-  
lique, 676, 692 ; d'oxyde cystique, 676 ;  
phosphatique, 676 ; pileuse, 676 ; rouge,  
676 ; transparente, 693 ; urique, 676.

**GRAVIERS**, IV, 669, 674 ; phosphatiques,  
676.

**GRIPPE**, I, 150 ; diagnostic, 152 ; fréquence,  
572 ; marche, 152 ; symptômes, 151 ;  
traitement, 152.

— abdominale, céphalique, convulsive, pecto-  
rale, rhumatismale, syncopale, I, 151.

**GROSSESSE** aqueuse, V, 189 ; (gastrorrhagie  
dans la), III, 766 ; ovarique ou tubaire,  
utérine, V, 302 ; ventreuse, V, 186.

**GUÊPE** (Piqûre de la), V, 578.

**GUTTURALE** (Angine), III, 558 ; (toux), III,  
562.

## H

**HALBINE** saburrale, III, 739.

**HALLUCINATIONS**, I, 605 ; dans la ménin-  
gite cérébro-spinale, II, 194 ; dans la rage,  
V, 594.

**HAUT-MAL**, I, 796.

**HEBDOMADAIRE** (Fièvre), I, 6.

**HECTIQUE** (Fièvre), V, 178.

**HELMINTHES**, IV, 218.

**HÉMATÉMÈSE**, III, 746 ; causes, 747 ;  
symptômes, 751 ; marche, 755 ; lésions  
anatomiques, 756 ; diagnostic, 757 ; trai-  
tement, 760.

**HÉMATIDROSE**, V, 534.

**HÉMATOCÈLE** péri-utérine, V, 270 ; causes,  
273 ; anatomie pathologique, 274 ; sym-  
ptômes, 276 ; marche, 278 ; diagnostic,  
278 ; traitement, 279.

— rétro-utérine, V, 270.

**HÉMATOLOGIE**, III, 404.

**HÉMATOMYÉLIE**, II, 217.

**HÉMATO-RACHIS**, II, 214.

**HÉMATURIE RÉNALE** interne, IV, 648 ; en-  
démique, 652.

**HÉMIPLÉGIE** faciale, voy. *Paralysie de la  
septième paire*, I, 742 ; dans l'hémorrha-  
gie de la moelle épinière, II, 219.

**HÉMOMÉTRORRHAGIE**, V, 84.

- HÉMOPHYLIE**, III, 393 ; causes, 396 ; symptômes, 398 ; marche, 399 ; diagnostic, 401 ; lésions anatomiques, 401 ; traitement, 403.
- HÉMOPTYSIE**, II, 543 ; causes, 546 ; (coagulabilité du sang dans l'), II, 551 ; diagnostic, 554 ; (dyspnée dans l'), II, 552 ; (hérédité de l'), 546 ; lésions anatomiques, 554 ; marche, 553 ; (râle sous-crépitant dans l'), II, 552 ; symptômes, 549 ; traitement, 558.
- active, II, 544 ; essentielle, 544 ; foudroyante, 673 ; légère, 558 ; intermittente, 553 ; passive, 544 ; supplémentaire, 544 ; symptomatique, 544.
- HÉMORRHAGIE arachnoïdienne**, II, 29 ; buccale, III, 419 ; capillaire, II, 136.
- HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE**, II, 116 ; causes, 117 ; (contracture des membres dans l'), 128 ; (convulsions dans l'), 128 ; (épidémie d'), 120 ; lésions anatomiques, 137 ; marche, 133 ; (stertor dans l'), II, 129 ; (strabisme dans l'), II, 126 ; symptômes, 122 ; traitement, 149 ; (troubles des sens dans l'), II, 129.
- chez les enfants, II, 134.
- HÉMORRHAGIE du cervelet**, II, 134 ; consécutive à l'excision des tumeurs hémorroïdales, IV, 208 ; constitutionnelle, II, 249 ; extra-arachnoïdienne, II, 121 ; foudroyante, III, 283 ; interstitielle, II, 673 ; intra-arachnoïdienne, II, 32.
- méningée céphalo-rachidienne, II, 186 ; méningée rachidienne, 208.
- des méninges cérébrales, II, 28 ; causes, 29 ; diagnostic, 55 ; lésions anatomiques, 34 ; marche, 34 ; symptômes, 30 ; traitement, 36.
- de la moelle épinière, II, 217 ; causes, 217 ; diagnostic, 219 ; marche, 219 ; symptômes, 218 ; traitement, 220.
- nasale, II, 247 ; de l'œsophage, III, 660 ; du pharynx, III, 557.
- pleurale, III, 18 ; causes, 18 ; diagnostic, 20 ; lésions anatomiques, 20 ; symptômes, 19 ; traitement, 20.
- du poumon, II, 545 ; de la protubérance cérébrale, II, 135.
- rénale, IV, 640 ; causes, 642 ; diagnostic, 653 ; (formation de caillots dans l'), 647 ; lésions anatomiques, 652 ; marche, 651 ; symptômes, 646 ; traitement, 654.
- sous-arachnoïdienne, II, 30 ; suivant la paracentèse, IV, 504 ; des uretères, IV, 708 ; de l'urèthre, IV, 790 ; utérine, V, 84 ; du vagin, V, 21 ;
- vésicale, IV, 709 ; simple spontanée, 710 ; symptomatique, 711.
- HÉMORRHAGIPARE** (Ramollissement) du cerveau, II, 122, 138.
- HÉMORRHAGIQUES** (Affections) de la peau, V, 527 ; (engorgement) de la matrice, I, 89 ; (foyers), II, 137 ; (péricardite), III, 226 ; (péritonite), IV, 440 ; (rougeole), I, 187 ; (scarlatine), I, 202 ; (variole), I, 161.
- HÉMORRHOÏDAIRE** (Fluxion), V, 74.
- HÉMORRHOÏDAL** (Bourrelet), IV, 193.
- (Entérite), IV, 101.
- (Fissures), IV, 195 ; traitement, 214.
- (Fluxion), IV, 190 ; (gangrène), 195 ; (inflammation), 212.
- (Tumeur), IV, 192 ; dans l'entérorrhagie, IV, 96.
- (Ulcérations), IV, 195.
- HÉMORRHOÏDES**, IV, 183 ; (attaques d'), IV, 196 ; causes, 184 ; symptômes, 189 ; marche, 196 ; lésions anatomiques, 197 ; diagnostic, 198 ; (hérédité des), 186 ; (phtisie dans les), IV, 194 ; (suppression des), IV, 201 ; traitement, 201.
- anciennes, IV, 203 ; blanches, IV, 196 ; constitutionnelles, 200 ; critiques, 189 ; externes, 196 ; fluentes, 196 ; internes, irrégulières, 196 ; récentes, 201 ; régulières, 196.
- HÉPATALGIE**, IV, 372.
- HÉPATIQUE** (Apoplexie), IV, 252 ; (calculs), IV, 344.
- (Colique), IV, 344 ; (accès de), 343 ; (attaque de), 344 ; symptômes, 344 ; marche, 348 ; lésions anatomiques, 349 ; diagnostic, 351 ; traitement, 355.
- (Congestion), 247 ; (fièvre), 254 ; (névralgie), IV, 372 ; (taches), IV, 313.
- HÉPATIQUE** (CANAL) (Calculs des radicules du), IV, 343.
- HÉPATISATION** grise, II, 699 ; rouge du poumon, II, 700.
- HÉPATITE** aiguë, IV, 253 ; (abcès dans l'), 265 ; causes, 255 ; contagion, 255 ; diagnostic, 269 ; épidémie, 259 ; (hérédité de l'), 256 ; (ictère dans l'), 262 ; symptômes, 260 ; marche, 267 ; lésions anatomiques, 268 ; traitement, 257.
- du centre, IV, 256.
- chronique, IV, 274 ; causes, 275 ; diagnostic, 279 ; (dyspepsie dans l'), 277 ; symptômes, 276 ; (ictère dans l'), 276 ; marche, 278 ; lésions anatomiques, 279 ; traitement, 280.
- des enfants, IV, 267.
- de la face convexe du foie, IV, 266 ; inférieure du foie, 266.
- latente, IV, 263.
- HÉRÉDITÉ** du cancer de l'estomac, III, 823 ; de la catalepsie, I, 630 ; du coryza ulcéreux, II, 309 ; de l'éclampsie, I, 859 ; de l'œdème vésiculaire du poumon, II, 643 ; de l'épilepsie, I, 797 ; de l'épistaxis, II, 208 ; de l'érysipèle, V, 374 ; de la folie, I,



de la gastralgie, IV, 5 ; de la goutte, I ; de la gravelle, IV, 671 ; de l'hésie, II, 546 ; des hémorrhoides, IV, de l'hépatite aiguë, IV, 256 ; de l'urie, I, 821 ; de l'ichthyose congénite, 509 ; de l'œsophagisme, III, 714 ; néphrite simple aiguë, IV, 520 ; de la le, II, 761 ; du porrigo, V, 458 ; du o-croup, II, 386 ; du rhumatisme musculaire, I, 322 ; des scrofules, I, 379 ; de la lide, I, 460 ; du tremblement idiopathique, I, 768.

— charnue, V, 544.

— l, V, 406 ; causes, 407 ; symptômes, marche, 414 ; lésions anatomiques, diagnostic, 415 ; traitement, 417.

— urique, V, 419 ; circinatus, 418 ; esthion, V, 517 ; surfureux, 505 ; iris, V, 412 ;

— s, 408 ; phlycténoïde, V, 408 ; præputial, 410 ; syphilitique, I, 465 ; tonsurant, 13 ; zona, V, 411 ; zoster, V, 41.

**RIQUE** (Blennorrhagie), IV, 797.

**RMORPHES** physiologiques, III, 178.

**RATIQUE** (Fluctuation) dans le pneurax, III, 7.

**IE**, I, 588.

**DE** (Monomanie), I, 605.

**R**, I, 839, 856, II, 2 ; dans l'œsophage, III, 667.

**RIEN** (Chancre), I, 422.

**DES** du cerveau, II, 184.

**ie**, IV, 317 ; causes, 318 ; diagnostic, (ictère dans les), 322 ; lésions anatomiques, 325 ; marche, 323 ; symptômes, traitement, 328.

**rinx**, II, 508 ; de la moelle épinière, 7 ; du poumon, II, 751.

**eins**, IV, 627 ; causes, 627 ; diagnostics, 632 ; lésions anatomiques, 632 ; marche, symptômes, 627 ; traitement, 634.

**la** trachée-artère, II, 542 ; des voies nes, II, 619.

**IQUE** (Bruit), IV, 322, 628.

**es** du foie, IV, 317 ; de la rate, IV, des reins, IV, 630.

**eurs** du foie, IV, 321.

**ENIOS** de Dugès, V, 189.

**IE**, I, 489.

**ICÉPHALIQUES** (Cris), II, 70.

**ABDOMEN**, IV, 474.

**CÉPHALE** aiguë, II, 87, voy. *Méningite simple aiguë*, II, 37.

**ique**, II, 90 ; causes, 91 ; diagnostic, lésions anatomiques, 95 ; marche, 95 ; ômes, 92 ; traitement, 97.

**émitale**, II, 91 ; enkystée, 91.

**DERMA**, V, 344.

**ÉMIE**, I, 489.

**GASTRE**, IV, 474.

**HYDROGÈNE** sulfuré (Empoisonnement par l'), V, 647.

**HYDROMANIE**, IV, 73.

**HYDROMÉTRIE**, V, 189 ; diagnostic, 191 ; traitement, 191 ; dans l'ascite, IV, 485.

**HYDRONÉPHROSE**, IV, 703 ; causes, 704 ; symptômes, 704 ; marche, 704 ; lésions anatomiques, 706 ; diagnostic, 706 ; traitement, 707.

**HYDROPÉRICARDE**, III, 240.

**HYDROPÉRITOINE**, IV, 474.

**HYDROPHOBIE** non rabique, I, 895 ; par imagination frappée, III, 717 ; produite par l'aménorrhée, V, 57 ; rabiforme, I, 896 ; symptomatique, I, 895.

**HYDROPISE** du bas-ventre, IV, 474 ; du cerveau, II, 39.

— de l'estomac, III, 874.

— du foie (enkystée), IV, 318 ; générale, V, 344 ; du péricarde, III, 218.

— du péritoine, IV, 474 ; enkystée, IV, 508 ; par irritation, 489.

— de la plèvre, III, 62 ; des reins, IV, 703 ; des ventricules cérébraux, II, 39 ; de la vésicule biliaire, IV, 370.

— des ovaires, V, 296 ; causes, 297 ; diagnostic, 302 ; marche, 301 ; lésions anatomiques, 297 ; symptômes, 298 ; traitement, 304 ;

**HYDRO-PNEUMOPÉRICARDE**, III, 242.

**HYDORÉNALE** (Tumeur), IV, 704.

**HYDROSARCA**, V, 344.

**HYDRO-SULFATE** d'ammoniaque (Empoisonnement par l'), V, 647.

**HYDRO-SULFURIQUE** (Empoisonnement par l'acide), V, 647.

**HYDROTHORAX**, III, 62 ; voy. *Pleurésie chronique*, III, 46.

**HYPÉMIE**, I, 489.

**HYPÉRÉMIE** cérébrale, II, 103.

— du foie, IV, 247 ; congestive, IV, 249 ; développée sous l'influence d'une température élevée et d'effluves miasmatiques, 250 ; traumatique, 250.

**HYPERESTHÉSIE**, I, 829.

**HYPERTROPHIE** du cerveau, II, 185.

— du cœur, III, 173 ; (causes, 173 ; diagnostic, 185 ; lésions anatomiques, 184 ; marche, 183 ; symptômes, 177 ; traitement, 187 ;) avec dilatation, III, 177 ; concentrique, 177, 180 ; excentrique, 180 ; des oreillettes, 183 ; partielle, 182 ; produisant la cérébrite aiguë, II, 161 ; simple, III, 180 ; des ventricules, 182.

— du foie, IV, 287.

— des mamelles, V, 327 ; anatomie pathologique, 328 ; causes, 328 ; symptômes, 329 ; traitement, 329.

— de la moelle, II, 236 ; de la rate (ascite dans l'), V, 403 ; des reins, IV, 622 ; de

tous les tissus dans l'aménorrhée, V, 56 ; de l'utérus, V, 165.

**HYPERTROPHIQUE** (Allongement) du col de l'utérus, V, 165.

**HYPOCHONDRIQUE** (Affection), I, 622 ; (folie), 623 ; (mélancolie), I, 623 ; (monomanie), 626.

**HYPOCHONDRIE**, I, 622 ; causes, 623 ; diagnostic, 627 ; lésions anatomiques, 627 ; marche, 627 ; symptômes, 625 ; traitement, 628.

— essentielle, II, 622 ; idiopathique, II, 622 ; mixte, 623 ; primitive, II, 622 ; secondaire, II, 623 ; sympathique, 623.

**HYPOGASTRIQUE** (Tumeur), V, 292.

**HYPOSTATIQUE** (Pneumonie), II, 725.

**HYSTÉRALGIE**, V, 194 ; cataméniale, V, 70.

**HYSTÉRALGIQUE** (Dysménorrhée) cataméniale, V, 70.

**HYSTÉRICISME**, V, 216.

**HYSTÉRIE**, I, 817 ; (accès convulsifs dans l'), 823 ; (accès non convulsifs dans l'), 827 ; (aménorrhée dans l'), I, 821 ; (attaques d'), 823 ; (bosselures de l'abdomen dans l'), 823 ; causes, 819 ; diagnostic, 845 ; (hérédité de l'), 821 ; lésions anatomiques, 843 ; marche, 842 ; (rire convulsif dans l'), I, 826 ; (sommambulisme dans l'), I, 826 ; (stertor dans l'), I, 625 ; symptômes, 822 ; (syncope dans), I, 826 ; (toux dans l'), I, 839 ; traitement, 848 ; (tympanite dans l'), I, 825.

— chez l'homme, I, 819, 844 ; convulsive, I, 824 ; non convulsive, I, 827 ; périodique, 828 ; viscérale, 829.

**HYSTÉRIQUE** (Aboiement), I, 825 ; (asthme), III, 65 ; (boule), I, 824, 827 ; (cardialgie), IV, 22 ; (clou), I, 671, 733 ; (migraine), I, 744.

**HYSTÉRIQUES** (Céphalalgie des), I, 828 ; (convulsions), I, 824.

**HYSTÉRO-CATALEPSIE**, I, 847.

**HYSTÉRO-ÉPILEPSIE**, I, 826, 846.

## I

**ICHTHYOSE**, V, 508 ; causes, 509 ; diagnostic, 510 ; marche, 510 ; symptômes, 509 ; traitement, 510.

— accidentelle, V, 509 ; congénitale, 509 ; nacréée cornée, 509 ; serpentine, 509.

**ICTÈRE**, IV, 375 ; causes, 375 ; diagnostic, 391 ; (épidémie d'), 379 ; lésions anatomiques, 390 ; marche, 389 ; symptômes, 382 ; traitement, 392.

— dans la cirrhose, IV, 297 ; la colique nerveuse, 170.

**ICTÈRE** dans l'hépatite aiguë, IV, 262 ; chronique, 276.

— dans les hydatides du foie, IV, 322.

— grave, IV, 376 ; des nouveau-nés, IV, 376 ; saturnin, V, 687 ; simple ou spasmodique, IV, 376.

**ICTÉRICIE**, IV, 375.

**ICTÉRODE** (Typhus), I, 79.

**IDIOPATHIQUE** (Ascite), IV, 476.

— (Contracture), I, 898 ; causes, 899 ; diagnostic, 901 ; lésions anatomiques, 901 ; marche, 901 ; symptômes, 900 ; traitement, 903.

— (Convulsions) de la face, I, 907 ; causes, 908 ; diagnostic, 911 ; lésions anatomiques, 911 ; marche, 910 ; symptômes, 909 ; traitement, 910.

— (Diarrhée), IV, 130 ; (épilepsie), I, 795 ; (épistaxis), II, 250 ; (hypochondrie), I, 622.

— (Tremblement), I, 768 ; (hérédité du), 768.

**IDIOTIE**, I, 620 ; traitement, 622.

**IDIOTISME**, I, 621.

**ILÉITE**, IV, 99.

**ILÉUS**, IV, 139.

**ILIAQUE** (fosse) (Absès de la), V, 120.

**ILIO-SCROTAL** (Névralgie), I, 702.

**IMBÉCILLITÉ**, I, 621.

**IMITATION**, cause de chorée, I, 772 ; de l'épilepsie, I, 800 ; de l'hystérie, 821.

**IMPÉTIGINEUSES** (Éruptions), II, 197.

**IMPÉTIGINODES** (Eczéma), V, 397.

**IMPÉTIGO**, V, 444 ; causes, 445 ; diagnostic, 449 ; marche, 449 ; symptômes, 445 ; traitement, 450.

— aigu, V, 445 ; chronique, V, 446 ; érysipélateux, V, 446 ; figurata, 447 ; granulata, V, 448 ; larvalis, 447 ; rodens, V, 448 ; scabida, V, 446 ; sparsa, V, 447 ; syphilitique, I, 467.

**IMPUISSANCE**, IV, 769.

**INANITION**, IV, 51 ; causes, 54 ; marche, 54 ; pronostic, 58 ; symptômes, traitement, 59.

**INCENDIAIRE** (Monomanie), I, 605.

**INCONTINENCE** des matières fécales dans le cancer du rectum, IV, 156.

**INCONTINENCE D'URINE**, IV, 730 ; causes, 731 ; marche, 734 ; lésions anatomiques, 735 ; diagnostic, 735 ; symptômes, 734 ; traitement, 735.

— complète, incomplète, IV, 730 ; intermittente, 731 ; nocturne, 736 ; permanente, 731.

**INCUBATION** du chancre, I, 421 ; de la gale, V, 425 ; de la peste, I, 91 ; du pus blennorrhagique, IV, 799 ; du rachitisme, I, 536 ; de la rage, V, 593 ; de la rougeole, I, 182.

**INDIENS** (Aphthes), III, 449.

**INDIGESTION**, III, 729 ; causes, 731 ; diagnostic, 734 ; lésions anatomiques, 734 ; marche, 733 ; symptômes, 732 ; traitement, 736.

**ESTION** apoplectique, III, 733 ; com-  
; 730 ; gastrique, III, 729 ; incomplète,  
; intestinale, 729 ; simple, 730.

**ENT** (Chancre), I, 438.

**ATION** cartilagineuse ou osseuse du  
propre du cœur, III, 197.

cerveau, II, 169 ; du chancre, I, 442 ;

pie, IV, 287 ; de la moelle, II, 236 ;

ple des membranes du cœur, III, 112.

valvule (mitrale, III, 113 ; tricuspide,

;) des valvules auriculo-ventriculaires,

; (œdème dans l'), III, 113.

irrheuse de l'utérus, V, 148 ; du tissu

laire, V, 333.

**É** (Chancre), I, 422.

**TILE** (Péritonite), IV, 422.

**ONDITÉ**, IV, 769.

**TION** purulente dans la phlébite, III,

; (épidémie d'), 342.

**FRATION** celluleuse de la pulpe céré-

, II, 169 ; des membres inférieurs dans

mpression de la moelle, 212.

ilente du pharynx, II, 496 ; du poumon,

00 ; tuberculeuse grise, II, 771.

**MMATION** des artères, III, 315 ; des

ulations, V, 349 ; du bas-ventre, IV,

de la bouche, III, 456 ; des bronches,

73 ; du cerveau, II, 159 ; du cœur,

158 ; des conduits biliaires, IV, 393 ;

erme dans la gale, V, 424 ; de l'endo-

, III, 97 ; d'entrailles dans les dévia-

utérines, V, 212 ; de l'estomac, III,

; du foie, IV, 254 ; hémorrhoidale, IV,

; de l'intestin, IV, 98 ; de la langue,

116 ; du larynx, II, 341 ; des ligaments

s, V, 292 ; des méninges, II, 39 ; du

ntère, IV, 463 ; de la moelle, II, 221 ;

erfs, II, 238 ; de l'œsophage, III, 661 ;

reilles, V, 357 ; des ovaires, V, 293 ;

incrées, IV, 412 ; du péricarde, III,

du péritoine, IV, 420, 463 ; du pha-

, III, 558 ; de la rate, IV, 398 ; des

, IV, 516.

tissu cellulaire péri-utérin, V, 283 ;

s, 284 ; symptômes, 285 ; marche,

lésions anatomiques, 290 ; diagnostic,

traitement, 291.

trachée, II, 539 ; des uretères, IV,

de l'utérus, V, 140 ; du vagin, V, 20 ;

aisseaux lymphatiques, III, 416 ; des

s, III, 341.

vésicule biliaire, IV, 332 ; (causes,

marché, 335 ; lésions anatomiques,

diagnostic, 336 ; symptômes, 333 ;

ment, 337) ; chronique, 339.

vessie, IV, 712 ; des voies biliaires,

32 ; de la vulve, V, 2.

**IMATOIRE** (Amygdalite), III, 577 ;

), I, 6 ; (goutte), I, 353.

**ATION** du chancre, I, 419 ; de la sca-

latine, I, 211 ; de la vaccine, I, 173 ; de la

variole, I, 167 ; de virus rabique, V, 592.

**INOCULÉES** (Empoisonnement par les matières  
putrides), V, 613.

**INSECTES** (Larves d') V, 70, 9 ; (piqûre des),  
V, 578.

**INSIPIDE** (Diabète), I, 518.

**INSOLATION** occasionnant la congestion cé-

rébrale, II, 104 ; le coryza, II, 278 ; l'épi-

lepsie, I, 800 ; la méningite, II, 40, 67 ;

le sclérème, V, 568.

**INSPIRATION** avec cri du coq, II, 384 ; sif-

flante dans la coqueluche, III, 72.

**INSUFFISANCE** aortique, III, 135 ; (accès de

suffocation dans l'), 140 ; causes, 136 ;

diagnostic, 142 ; lésions anatomiques, 141 ;

marche, 140 ; (œdème dans l'), III, 140 ;

symptômes, 137 ; traitement, 143.

— des valvules du cœur, III, 132 ; de la val-

vule mitrale, 134 ; tricuspide, 135.

**INTERCOSTALE** (Névralgie), I, 691.

**INTERMITTENT** (Tétanos), I, 883, 898.

**INTERMITTENTE** (Angine) périodique, III,  
576.

— (Cachexie), I, 234 ; traitement, 245.

— (Chorée), I, 779 ; (convulsions), I, 909 ;

(diarrhée), IV, 130 ; (érysipèle), V, 381.

— (Fièvre) à courtes périodes, I, 233 ; bi-

lieuse, 235 ; catarrhale, 235 ; double quo-

tidienne, double quarte, double tierce, I,

233 ; des enfants, I, 330 ; hystériques, I,

842 ; inflammatoire, 235 ; larvée dans la

névralgie, I, 651 ; muqueuse, I, 237 ; oc-

tane, quintane, septane, I, 233 ; simple, I,

224 ; (accès, 228 ; albuminurie, 232 ; cau-

ses, I, 225 ; diagnostic, 236 ; lésions ana-

tomiques, 235 ; marche, 232 ; symptômes,

229 ; traitement, 236 ;) subintrante, I, 234 ;

symptomatique, 227 ; tierce doublée, tierce

triplée, 233.

— (Gastrite), III, 780 ; (hémoptysie), II, 553 ;

(incontinence d'urine), IV, 731 ; (pneumo-

nie), II, 696.

**INTERSTITIELLE** (Hémorrhagie), II, 673.

**INTERTRIGO**, V, 369.

**INTESTIN** (Accumulation des matières fécales

dans l'), IV, 179 ; traitement, 180.

— Cancer, IV, 156 ; étranglement interne, 137 ;

(expulsion d'une partie d') par les selles,

IV, 148 ; flatuosités, IV, 175 ; gangrène,

132 ; inflammation, IV, 98 ; invagination, 145 ;

(kystes hydatiques du foie rompus dans l'),

IV, 323 ; (maladies des), 93 ; perforation,

133 ; rétrécissement, 134 ; (rhumatisme

des), I, 342 ; rupture, 133 ; ulcérations,

IV, 115.

**INTESTINAL** (Engouement), IV, 178 ; traite-

ment, 180.

— (Flatuosités), IV, 175 ; (indigestion), III,

729 ; (intussusception), IV, 145 ; (obstruc-

tion) par les calculs biliaires, IV, 348 ; (pneumatose), IV, 176.  
**INTESTINAUX** (Vers), IV, 218.  
**INTOXICATIONS**, V, 575.  
 — saturnine, V, 686 ; (contracture des membres dans l'), V, 697.  
**INTUMESCENCE** de la rate, I, 228.  
**INTUSSUSCEPTION** intestinale, IV, 145 ; ascendante, 150 ; descendante, 150.  
**INVAGINATION** de l'intestin, IV, 145 ; causes, 145 ; diagnostic, 151 ; lésions anatomiques, 150 ; marche, 149 ; symptômes, 146 ; traitement, 152.  
**IODE** (Empoisonnement par l'), V, 649.  
**IODIQUE** (Cachexie), V, 651 ; (saturation), 651.  
**IODISME**, V, 649 ; anatomie pathologique, 652 ; (boulimie dans l'), 652 ; causes, 654 ; (diabète dans l'), 652 ; diagnostic, 652 ; marche, 652 ; symptômes, 650 ; traitement, 656.  
 — constitutionnel, V, 651.  
**IRIENNE** (Migraine), I, 640.  
**IRIS** (Herpès), V, 412.  
**IRRITABLE** testis, I, 702.  
**IRRITATION** des mamelles, V, 66 ; spinale, I, 696, II, 213.  
**ISCHIAGRE**, I, 347.  
**IVRESSE**, V, 623 ; diagnostic, marche, 624 ; traitement, 631, 642.  
**IVROGNES** (Folie des), I, 608.  
**IXODES**, V, 709.

## J

**JAMBES** (Œdème des) dans la cardite, III, 160.  
**JAUNE** (Fièvre), I, 78 ; (causes, 79 ; contagion, 79 ; diagnostic, 86 ; épidémie, 80 ; lésions anatomiques, 85 ; marches, 84 ; symptômes, 81 ; traitement, 87) ; foudroyante, I, 84 ; légère, I, 83.  
 — (Typhus), I, 79.  
**JAUNISSE**, IV, 376.  
**JETAGE** de la morve chronique, II, 316, voy. *Morve*, V, 589.  
**JUSQUIAME** (Empoisonnement par la), V, 614.

## K

**KÉLOIDE**, V, 527.  
**KLEPTOMANIE**, I, 603.  
**KYSTE** de l'arachnoïde, II, 35.  
 — du foie, IV, 316 ; hydatiques, IV, 17 ; rompus dans l'estomac, l'intestin, 323 ; dans le

poumon, IV, 323 ; dans le péritoine, l'utérus, IV, 324.

**KYSTE** du pancréas, IV, 417 ; du péritoine, IV, 508 ; du péricarde (séreux), III, 249 ; de la rate, IV, 410.  
 — des ovaires, V, 276 ; (aménorrhée, V, 35 ; causes, 297 ; lésions anatomiques, 297 ; symptômes, 298 ; marche, 301 ; diagnostic, 302 ; traitement, 304 ; troubles digestifs, V, 300 ;) aréolaires, V, 301 ; multiloculaires, V, 297, 301 ; multiples, V, 297, 301 ; pileux, V, 296 ; séreux, 296 ; uniloculaires, V, 297, 300.  
 — des reins, acéphalocystiques, IV, 627 ; (causes, 627 ; diagnostic, 633 ; lésions anatomiques, 632 ; marche, 631 ; symptômes, 627 ; traitement, 634) ; hydatiques s'ouvrant à l'extérieur, IV, 630 ; simples, 625.

## L

**LABIALIS** (Herpès), V, 408 ; (pemphigus), V, 437.  
**LAIT** (Croûtes de), V, 447.  
 — (Rappel de la sécrétion du), IV, 459.  
**LANGUE** (Abscess de la), III, 522 ; traitement, 524.  
 — (Déviation de la) dans l'hémiplégie faciale, I, 747 ; (gangrène de la), III, 522 ; (inflammation de la), III, 516.  
 — (Paralysie de la) dans l'hémorragie cérébrale, II, 126 ; dans la tuberculisation des méninges, II, 74.  
 — (Phlegmon gangréneux de la), III, 516 ; (rhumatisme de la), I, 341 ; (ulcération de la) dans la fièvre typhoïde, I, 23.  
**LARVALIS** (Impetigo), V, 447.  
**LARVÉES** (Fièvres), I, 250 ; (névralgies), I, 679.  
**LARVES** d'insectes, V, 709.  
**LARYNGÉE** (Angine) membraneuse, II, 406.  
**LARYNGITE** aiguë légère, II, 343 ; (causes, 343 ; symptômes, 344 ; traitement, 352 ; simple, II, 341 ; (causes, 343 ; contagion, 342 ; diagnostic, 348 ; fièvre, 346 ; lésions anatomiques, 347 ; marche, 347 ; rhonchus sonore, 345 ; symptômes, 344 ; traitement, 352.)  
 — chronique intense, II, 362 (causes, 362 ; symptômes, 363 ; traitement, 369 ;) légère, 361 ; (symptômes, 362 ; traitement, 369 ;) simple, II, 360 ; (causes, 361 ; diagnostic, 365 ; lésions anatomiques, 365 ; marche, 364 ; symptômes, 362 ; traitement, 369.)  
 — muqueuse, II, 341 ; myagène, II, 341 ; pseudo-membraneuse, II, 408 ; vésiculaire

simple aiguë, II, 344 ; striduleuse, II, syphilitique, II, 367.  
**ITE** ulcéreuse aiguë et chronique, II, (causes, 463, diagnostic, 470 ; lésions miques, 469 ; symptômes, 464 ; traitement, 474) ; cancéreuse, II, 367 ; non-syphilitique, II, 367 ; syphilitique, II, 461 ; ement, 478).  
**GORRHAGIE**, II, 545.  
**K** (Maladies du), II, 340 ; calculs, II, cancer, 508 ; hydatides, II, 512 ; innation, II, 341 ; polypes, II, 508 ; tumeurs diverses, II, 513 ; (ulcérations des s du), III, 632 ; (ulcères du), II, 470 ; ations syphilitiques, II, 508.  
**TE** (Pneumonie), II, 698.  
**OFLEXIONS**, V, 268.  
**OVERSIONS**, V, 268.  
**ER-CERISE** (eau de), (Empoisonnement), V, 615.  
 (Congestion), II, 111.  
**EO**, V, 540.  
**INE** (Lèpre), V, 512.  
 , V, 502 ; causes, 503 ; diagnostic, marche, 503 ; symptômes, 503 ; traitement, 504.  
 oïdes, V, 503 ; léontine du moyen âge, 2 ; nigricans, V, 503 ; tuberculeuse, 2 ; tuberculeuse éléphantine, 344 ; vul-, 503.  
**UX** (Disques), V, 503.  
**RGIQUE** (Fièvre), I, 247.  
**CYTHÉMIE**, I, 511 ; anatomie pathologique, 515 ; caractères généraux, 513 ; s, 516 ; pronostic, 515 ; symptômes,  
**PHLEGMASIE**, voy. *Anasarque*, V, 344.  
**RRHÉE**, V, 31.  
 , IV, 195 ; traitement, 216.  
 émique, V, 39.  
 athique, V, 35 ; causes, 36 ; marche, diagnostic, 43 ; (écoulement utérin dans V, 41 ; (écoulement vaginal dans la), symptômes, 40 ; traitement, 44.  
 ptomatique, V, 32.  
 ine, V, 40 ; vaginale, V, 41.  
**S** (Psoriasis des), V, 492.  
**ades** (Abscess des), IV, 844.  
**V**, V, 483 ; causes, 483 ; diagnostic, marche, 486 ; symptômes, 486 ; traitement, 486.  
**us**, V, 483 ; aigu simple, 484 ; circscriptus, 488 ; gyratus, lividus, pilaris, , simple chronique, 484 ; tropicus,  
**ÉRIE**, IV, 132 ; des enfants à la ma-, 133.  
**ENTS** larges (Inflammation des), V,  
**YMIÉ**, III, 372.

**LOBULAIRE** (Pneumonie), II, 698.  
**LOCHIES** dans la péritonite, IV, 459.  
**LOCOMOTEUR** (appareil) (Maladies de l'), V, 332, 349.  
**LOMBAIRE** (région) (Rhumatisme de la), I, 337.  
**LOMBO-UTÉRINE** (Dysménorrhée), V, 70.  
**LOMBRICOÏDES** (Ascarides), IV, 219 ; causes, 219, diagnostic, 221 ; (migrations des) dans l'œsophage, les voies biliaires, 222 ; traitement, 225.  
**LOMBRICS**, IV, 219.  
**LUMBAGO**, I, 337, 702.  
**LUPUS**, V, 516 ; causes, 517 ; diagnostic, 521 ; marche, 520 ; symptômes, 517 ; traitement, 521 ; (tubercules du), V, 517.  
 — avec hypertrophie (*lupus non exedens*), V, 520.  
 — détruisant en profondeur, V, 519 ; en surface, (*lupus exedens*), V, 518.  
**LURIDITÉ** des membres longtemps paralysés, II, 131.  
**LYMPHANGITE**, III, 416.  
**LYMPHATIQUE** (Érysipèle), V, 372.  
**LYMPHATIQUES** (VAISSEAUX) (Inflammation des), III, 416 ; (maladies des), III, 416.  
**LYPÉMANIE**, I, 605.  
**LYSSE** dans la rage, V, 594.

## M

**MACULÉE** (Syphilide), I, 472.  
**MACULES** de la peau, V, 539.  
**MAL** des ardents, V, 373, 644 ; de bassine, V, 579 ; caduc, I, 796 ; (haut), I, 796.  
 — de mer, II, 4 ; traitement, 6.  
 — *del padrone*, V, 549 ; du pays, I, 634.  
 — de vers, V, 579, traitement, 580.  
**MALADIE** d'Addison, I, 589 ; anatomie pathologique, 594 ; diagnostic, 594 ; marche, 593 ; symptômes, 592 ; traitement, 594.  
 — de Bright, IV, 610 ; causes, 580 ; diagnostic, 596 ; lésions anatomiques, 572 ; marche, 611 ; symptômes, 587, 611, traitement, 613.  
 — bronzée, I, 589 ; constitutionnelles, I, 264 ; générales, I, 264 ; glandulaire des Barbades, V, 544 ; pédiculaire, V, 703.  
**MALIGNE** (Angine), III, 610, 616, 617 ; (puce), V, 604.  
 — (Pustule), V, 597 ; causes, 598 ; diagnostic, 605 ; lésions anatomiques, 609 ; marche, 604 ; symptômes, 601 ; traitement, 610.  
 — (Rougeole), I, 186 ; (scarlatine), I, 202.  
**MAMAPIAN**, V, 526.  
**MAMELLES** (Engorgement des), V, 325.  
 — (Hypertrophie des), V, 327, anatomie patho-

- logique, 328 ; causes, 328 ; symptômes, 329 ; traitement, 329.
- MAMELLES** (Douleurs névralgiques des), V, 330, causes, 330 ; diagnostic, 330 ; traitement, 331.
- (Irritation des), V, 66 ; (maladies des), chez les nouveau-nés et les enfants, V, 323 ; (tuméfaction douloureuse des), 325.
- MAMELONNÉE** (Mérite), V, 123.
- MANIE**, I, 604.
- MARAI** (Fièvre des), I, 225 ; (miasmes des), I, 226.
- MARASME** dans la nostalgie, I, 634.
- MARINS** (Gastro-entéralgie rhumatismale des), IV, 161.
- MARISQUES**, IV, 198.
- MASSES DU FOIE** adipocireuses, IV, 307 ; mélaniques, 307.
- MASTODYNIE**, V, 330 ; causes, 330 ; diagnostic, 330 ; traitement, 331.
- MATIÈRES FÉCALES** (Accumulation des) dans l'intestin, IV, 179 ; dans le rectum, 182 ; occasionnant une tumeur inflammatoire du bassin, V, 210.
- (Incontinence des) dans le cancer du rectum, IV, 156.
- (Vomissement de), IV, 135.
- MATIÈRES PUTRIDES** (Empoisonnement par les) ingérées dans l'estomac, V, 613 ; inoculées, V, 613.
- MATRICE** (Chute de la), V, 182 ; (descente de la), 203.
- (Engorgement de la) cancéreux, V, 171 ; hémorragique, 89 ; par congestion simple, 111 ; squirrheux, 171.
- (Gangrène de la), V, 119 ; (maladies de la), V, 51 ; (prolapsus de la), V, 202 ; (ulcère de la), V, 180.
- MAUX** de nerfs, I, 819.
- MAXILLAIRE** (Névralgie), I, 668 ; (tétanos), I, 862, 877, 882 ; II, 128, 194.
- MÉCANIQUE** (Ascite), IV, 476 ; (blennorrhagie), IV, 797 ; (dysménorrhée), V, 70.
- MÉLANCOLIE** hypochondriaque, I, 623.
- MÉLANIQUES** (Masses) du foie, IV, 307.
- MÉLANOSE** des mineurs, II, 746 ; ovarique, V, 308 ; du poumon, II, 746.
- MEMBRANES DU CŒUR** (Induration simple des), III, 112.
- interne (Altérations consécutives de la), III, 110 ; (épaississement de la), III, 102 ; (ulcération de la), III, 102.
- MEMBRANES** (Fausses), voy. *Fausses membranes*.
- MEMBRES** (Contractions des) dans le scorbut, I, 521.
- (Contracture des) dans la cérébrité aiguë, II, 165 ; dans l'hémorrhagie cérébrale, II, 128 ; dans l'intoxication saturnine, V, 697.
- (Gangrène des) dans l'artérite, III, 321 ; (luridité des) longtemps paralysés, II, 151.
- (rhumatisme des) I, 340, 343.
- MEMBRES INFÉRIEURS** (Infiltration de) dans la compression de la moelle, II, 212.
- MEMBRES SUPÉRIEURS** (Tremblement de) dans la névralgie générale, I, 727.
- MÉNINGÉE** (Apoplexie), II, 29.
- (Hémorrhagie) céphalo-rachidienne, I, 186 ; rachidienne, 208.
- MÉNINGES** (Inflammation des), II, 39 ; (maladies des), II, 28.
- (tuberculisation des) (Convulsions dans la), II, 73 ; (dyspnée dans la), 75.
- MÉNINGES CÉRÉBRALES** (Hémorrhagie des), II, 28 ; causes, 29 ; diagnostic, 35 ; lésions anatomiques, 34 ; marche, 34 ; symptômes, 30 ; traitement, 36.
- cérébro-spinales (Maladies des), II, 186.
- MÉNINGES RACHIDIENNES** (Altérations chroniques diverses des), II, 212 ; (maladies des), II, 208.
- MÉNINGITE** cérébro-rachidienne, II, 188.
- cérébro-spinale épidémique, II, 188 ; causes, 190 ; diagnostic, 200 ; épidémie, 188 ; hallucinations, 194 ; lésions anatomiques, 199 ; marche, 198 ; symptômes, 191 ; tourmentis, II, 194 ; traitement, 202 ; sporadique, II, 187.
- granuleuse, II, 65.
- rachidienne aiguë, II, 209 ; chronique, 211.
- rhumatismale, II, 51 ; anatomie pathologique, 62 ; causes, 60 ; diagnostic, 64 ; marche, 59 ; symptômes, 55 ; traitement, 65.
- simple aiguë, II, 37 ; causes, 39 ; diagnostic, 45 ; (épidémie de), II, 40 ; lésions anatomiques, 44 ; marche, 43 ; (strabisme chez les enfants dans la), II, 42 ; symptômes, 41 ; traitement, 47.
- simple chronique, II, 56.
- tuberculeuse, II, 65.
- MÉNINGITIKES** (Taches), II, 72.
- MÉNINGO-ENCÉPHALITE** tuberculeuse, II, 65.
- MÉNINGO-GASTRIQUE** (Fièvre), I, 13.
- MÉNINGORRHAGIE**, II, 28.
- MÉNORRHAGIE**, V, 84, 145.
- MENSTUATION** difficile, V, 68 ; tardive, 52.
- MENSTRUÉS** laborieux, V, 68.
- MENTAGRE**, V, 475 ; (teigne), V, 457.
- MER** (Mal de), II, 4, traitement, 6.
- MERCURE** (Empoisonnement par les sels de), V, 674 ; (maladies causées par le), V, 676.
- MERCURIEL** (ptyalisme), III, 460 ; (tremblement), V, 676.
- MERCURIELLE** (Cachexie), V, 679.
- (Stomatite ou salivation), III, 458 ; causes, 460 ; diagnostic, 464 ; marche, 463 ; lésions anatomiques, 464 ; symptômes, 462 ; traitement, 465.



**LS** (Aphthes), voy. *Stomatite mer-*  
III, 458.

**IE** (inflammation du), IV, 463, 509;  
du), IV, 509; tubercules, I, 356.

**IIQUES** (Écrouelles), IV, 510; (fiè-  
420.

**UE** (Asthme), II, 747; (rhuma-  
, 699.

**PHOSES DE LA SYPHILIS**, I, 473.

**E GOUTTEUSE**, I, 356; dans l'an-  
oitrine, III, 261.

**IQUE** (Pneumonie), II, 698.  
V, 115.

imple, V, 134; causes, 134; dia-  
138; marche, 137; lésions anato-  
138; symptômes, 135; traitement,  
oubles digestifs dans la), V, 145;  
nerveux dans la), V, 146.

ie, voy. *Métrite interne*, V, 139;  
V, 146.

e l'utérus, V, 122; externe, 122 :  
es en couche, V, 117. ; granuleuse  
lée, 123.

139; causes, 140; diagnostic,  
oulement utérin dans la), 145; lé-  
tomiques, 147; marche, 146; sym-  
143; traitement, 149.

inée, V, 123; parenchymateuse,  
st-puerpérale, V, 116.

ble, V, 116; causes, 117; diagnos-  
(Écoulement utérin dans la), 136;  
natomiques, 120; marche, 120;  
es, 118; traitement, 121.

**HAGIE**, V, 83; causes, 84; dia-  
97; (formation des caillots dans  
II, 94; lésions anatomiques, 96;  
94; (retrait des caillots dans la),  
ymptômes, 88; traitement, 97;  
nerveux dans la), V, 94.

chronique, V, 89; passive, 89;  
ie, 95; spasmodique, 83, 107;  
atique, 84.

des marais, I, 226.

, I, 639; (accès de), 640, 642,  
uses, 643; diagnostic, 643; mar-  
2; symptômes, 640; traitement,

ue, I, 744; irienne, I, 640; plé-  
, stomacale, utérine, 640.

**NS** des ascarides, IV, 222.

(Dysentérie), IV, 113; (érysipèle),

, I, 212; (contagion de la), 213.

, I, 212; (causes, 213; diagnostic,  
ions anatomiques, 219; marche,  
mptômes, 214; traitement, 221;)

I, 218; blanche, 215; bulleuse,  
adroyante, intense, maligne, 218;  
oïde, 215; rouge, 215; vésiculeuse,  
siculo-pustuleuse, 216.

**MILLET**, millot, I, 213.

**MINÉRALES** (substances) (Empoisonnement  
par les), V, 647.

**MINEURS** (Maladie des), I, 489; (mélanose  
des), II, 746.

**MINIUM** (Empoisonnement par le), V, 699,

**MOBILITÉ** des reins, IV, 638.

**MOELLE ÉPINIÈRE** (Apoplexie de la), II,  
217; (cancer de la), II, 238; congestion  
sanguine de la), 213.

— (Hémorrhagie de la), II, 217; causes, 217;  
diagnostic, 219; marche, 219; sym-  
ptômes, 218; traitement, 220.

— (Hydatides de la), II, 237; (hypertrophie  
de la), 236; (induration de la), 236; in-  
flammation de la), 221; (maladies de la),  
II, 208, 213; (productions morbides de  
la), II, 238; (ramollissement de la), II, 228;  
(tubercules de la), II, 238.

**MOLIMEN** hæmorrhagicum, II, 140, 258.

**MOLLETS** (Crampes des), II, 194.

**MOLLUSCUM**, V, 525.

**MOMIFIQUE** (Gangrène), III, 321.

**MONOMANIE**, I, 604; érotique, gaie, homi-  
cide, I, 605; hypochondriaque, 625; in-  
cendiaire, d'orgueil, 605; pneumo-cardia-  
que, 626; du suicide, triste, du vol, 605

**MORPHINE** (Empoisonnement par la), V, 614.

**MORPION**, V, 707.

**MORSURES** du crotale, V, 576; du serpent  
à sonnettes, V, 575; du trigonocéphale, V,  
576; de la vipère commune, V, 575.

**MORT APPARENTE** dans le cas de bronchite  
aiguë, II, 581; dans l'hystérie, I, 826;  
dans la syncope, III, 374.

**MORVE**, V, 582.

— aiguë, 582; causes, 583; (contagion de  
la), 583; diagnostic, 587; lésions anatomi-  
ques, 587; marche, 586; symptômes, 584;  
traitement, 588.

— chronique, 588; causes, 589; diagnostic,  
590; (jetage de la), II, 316; marche, 590;  
lésions anatomiques, 590; symptômes, 589;  
traitement, V, 591; (ulcérations de la mem-  
brane interne du cœur dans la), V, 585,  
589.

**MOUCHE**, V, 709.

**MOULEURS EN CUIVRES** (Maladies des),  
II, 817.

**MOUSTIQUE** (Piqûre du), V, 578.

**MOUVEMENT** (Paralysie du) dans la conges-  
tion sanguine de la moelle, II, 214.

— dans l'hémorrhagie cérébrale, II, 125;  
intra-arachnoïdienne, II, 33; sous-arachnoï-  
dienne, 30; de la moelle épinière, 219.

— dans la myélite aiguë, II, 223; chronique,  
232.

**MOUVEMENTS** du cœur, III, 90.

**MUGUET**, III, 424; causes, 427; (contagion  
du), 427; diagnostic, 439; marche, 437;

(fausses membranes dans le), 433; lésions anatomiques, 438; symptômes, 431; traitement, 440; (ulcérations de la cavité buccale dans le), III, 435.

**MUGUET** des adultes, III, 436; des enfants, III, 431.

**MUQUEUSE** (Entérite), IV, 101; (laryngite), II, 341.

— gastrique (Ramollissement blanc de la), III, 793; (papule), I, 450; (plaques), I, 449; (pustule), I, 450; (teigne), V, 448.

**MUQUEUX** (Catarrhe), II, 601.

— (Râle) dans la bronchite (aiguë, II, 578; capillaire générale, II, 582; chronique, II, 600; pseudo-membraneuse, II, 621); dans la dilatation des bronches, II, 633; laryngo-trachéal, II, 346.

— (Tubercule), I, 450.

**MUSCULAIRE** (Atrophie) progressive, II, 19; causes, 22; diagnostic, 25; lésions anatomiques, 24; marche, 25; symptômes, 22; traitement, 26.

— (Douleurs), I, 343; (rhumatisme), voy. *Rhumatisme musculaire*.

**MUSCULAIRE** (SYSTÈME) (Maladies du), V, 356.

**MUSCULO-CUTANÉE** (Névralgie), I, 689.

**MUSICAL** (Bruit), I, 491; III, 179, 278.

**MUTISME** accidentel, II, 1.

**MYAGÈNE** (Laryngite), II, 341.

**MYÉLITE** aiguë, II, 221; (alcalinité des urines dans la), 226; causes, 221; diagnostic, 229; (épilepsie dans la), 227; lésions anatomiques, 228; marche, 228; symptômes, 222; traitement, 230.

— chronique, II, 231; (alcalinité des urines dans la), 234; causes, 231; diagnostic, 235; lésions anatomiques, 234; marche, 234; symptômes, 231; traitement, 235.

— du bulbe céphalique, II, 226; de la portion cervicale, 226; de la portion lombaire, 223; de la région dorsale, 223; rhumatismale, 225.

**MYOSITE**, I, 328.

## N

**NÆVI**, V, 540.

**NARINES** (Fétidité des), II, 305; (rougeurs des) dans le coryza, II, 295.

**NASAL** (Catarrhe), II, 277; hémorrhagie, 247.

**NASALE** (CLOISON) (Abscess de la), II, 318.

**NASALES** (FOSSES) (Cancer des), II, 295.

**NAUTIQUE** (Typhus), I, 79.

**NÉPHRALGIE**, IV, 702.

**NÉPHRÉTIQUE** (Colique), IV, 693; (accès de), 694; causes, 694; diagnostic, 697; marche, 697; symptômes, 694; traitement, 699.

**NÉPHRÉTIQUE** (Fièvre), I, 247; IV, 518.

**NEPHRITE** albumineuse, IV, 563; calculs, 530, gouteuse, IV, 552; non calculs, IV, 522; rhumatismale, IV, 548.

— simple aiguë, IV, 516; causes, 519; diagnostic, 533; (hérédité de la), 520; marche, 531; lésions anatomiques, 532; (rétraction du testicule dans la), IV, 528; symptômes, 522; traitement, 537.

— simple chronique, 540; causes, 541; diagnostic, 546; marche, 544; lésions anatomiques, 545; symptômes, 542; traitement, 547.

— traumatique, IV, 526.

**NERFS** (Attaque de), voy. *Hystérie*, I, 81; (inflammation des), II, 238; (maladies de), II, 27, 238; (maux de), I, 819.

**NERVEUSE** (Apoplexie), I, 763; (diarrhée), IV, 130; (dysphagie), III, 713; (fièvre), I, 13; (palpitations) du cœur, III, 249; (paralysie), I, 764.

**NERVEUX** (Battements) des artères, III, 315; diagnostic, 316; symptômes, 315; traitement, 317.

— (Croup), II, 403; (ptyalisme), III, 545; (tremblement), I, 767.

— (Troubles) dans la métrite, V, 146; dans la métrorrhagie, V, 94.

— (Vertige), II, 9; causes, 13; diagnostic, 16; symptômes, 12; traitement, 17.

**NERVOSISME**, II, 17; causes, 18; lésions anatomiques, 19; marche, 19; symptômes, 18; traitement, 19.

**NÉVRALGIE** anormale, I, 690; III, 258; à principe rhumatismal, I, 679; ascendante, I, 649; brachiale nocturne, 688; cervico-brachiale, I, 687; cervico-occipitale, 685; cervico-trifaciale, 686; crurale, 705; cubitale, 689; dorso-intercostale, 691.

— en général, I, 646; (accès de), 649; causes, 647; diagnostic, 652; lésions anatomiques, 652; marche, 651; symptômes, 648; (paroxysmes de), I, 651; traitement, I, 653.

— erratique, I, 723; faciale, I, 666; fémoro-poplitée, I, 706; du foie, IV, 372.

— générale, I, 725; causes, 726; diagnostic, 729; marche, 729; symptômes, 726; traitement, 730; (tremblement des membres dans la), I, 727.

— hépatique, IV, 372; ilio-scrotale, I, 702; intercostale, I, 691.

— lombo-abdominale, I, 699; propagée au scrotum ou à la grande lèvre, 702.

— larvées à courte période, I, 679; maxillaire inférieure, I, 668; médiane, I, 689; multiple, I, 723; musculo-cutanée, I, 689; des nerfs intercostaux et spinaux, I, 691; de l'oreille, V, 364; périodique, I, 651; plan-

- taire externe ou interne, I, 706 ; radiale, I, 689.
- NEURALGIE** sciatique, I, 706 ; causes, 707 ; diagnostic, 711 ; lésions anatomiques, 711 ; marche, 710 ; symptômes, 708 ; traitement, 714.
- du grand sympathique, IV, 161 ; thoracique, I, 691.
- trifacio-cervicale, I, 686 ; utéro-lombaire, I, 700 ; de l'utérus, V, 194.
- trifaciale, I, 665 ; (accès, 669 ; causes 666 ; convulsions, 668 ; diagnostic, 670 ; lésions anatomiques, 670 ; marche, 669 ; symptômes, 667 ; traitement, 672 ;) périodique, I, 688.
- de la vessie, IV, 756 ; causes, 756 ; diagnostic, 758 ; marche, 758 ; lésions anatomiques, 758 ; symptômes, 757 ; traitement, 758.
- de la vulve, V, 15 ; causes, 16 ; symptômes, 16 ; traitement, 17.
- NEURALGIQUES** (Douleurs) des mamelles, V, 330 ; causes, 330 ; diagnostic, 330 ; traitement, 331.
- NÉVRITE**, II, 238 ; causes, 239 ; diagnostic, 244 ; lésions anatomiques, 244 ; marche 243 ; (semi-paralyse dans la), II, 241 ; symptômes, 240 ; traitement, 246.
- NÉVROSES**, I, 595 ; de l'intelligence, des facultés morales et affectives, et du sens de reproduction, 597 ; mixtes et des fonctions organiques, II, 1 ; du mouvement, I, 738 ; de la sensibilité, I, 638.
- NIGRICANS** (Lèpre), V, 503.
- NITRATE DE POTASSE** (Empoisonnement par le), V, 674.
- NOCTURNE** (Incontinence d'urine), IV, 736 ; (pollutions), IV, 761.
- NOIX VOMIQUE** (Empoisonnement par la), V, 616.
- NOSTALGIE**, I, 634 ; (marasme dans la), I, 634.
- NOUEUX** (Érythème), V, 370.
- NOUVEAU-NÉS** (Asphyxie des), III, 380 ; lente, V, 333.
- (Entérite des), III, 439 ; IV, 101.
- (Érysipèle des), V, 380 ; traitement, 384.
- (Ictère des), IV, 376 ; (maladies de la mamelle chez les), 323.
- (Œdème des), V, 332 ; causes, 333 ; diagnostic, 339 ; lésions anatomiques, 337 ; symptômes, 334 ; marche, 337 ; traitement, 341.
- (Pemphigus des), V, 437.
- NOYÉS** (Boîtes de secours pour les), III, 338.
- NYMPHES** (Absès des), V, 9.
- NYMPHOMANIE**, I, 637.
- O**
- OBLITÉRATION** de l'aorte, III, 309 ; causes 309 ; diagnostic, 313 ; marche, 312 ; lésions anatomiques, 312 ; symptômes, 310 ; traitement, 314.
- des artères secondaires, III, 329 ; des conduits biliaires, IV, 339 ; des uretères, IV, 708.
- OBSTACLE** mécanique (Asphyxie par), II, 382.
- OBSTRUCTION** bronchique (Collapsus du poumon par), II, 692.
- du foie, IV, 275 ; intestinale par les calculs biliaires, 348.
- OCCLUSION** permanente des paupières dans l'œdème des nouveau-nés, V, 336.
- ODEUR** de punais, II, 295.
- ŒDÉMATEUX** (Érysipèle), V, 372 ; (goutte), I, 353.
- ŒDÈME** dans la cirrhose, IV, 298 ; dans la glossite, III, 320 ; dans la goutte, I, 356 ; dans l'induration des valvules, III, 113 ; dans l'insuffisance aortique, III, 140 ; dans le rétrécissement des orifices du cœur, III, 124.
- charbonneux, V, 597 ; causes, 598 ; symptômes, 601 ; diagnostic, 605 ; lésions anatomiques, 609 ; marche, 604 ; traitement, 610.
- douloureux des femmes en couches, II, 359.
- de la glotte, II, 482 (accès d'), 490 ; causes, 484 ; diagnostic, 493 ; lésions anatomiques, 492 ; marche, 491 ; symptômes, 488 ; traitement, 498 ; (tuméfaction du cou dans la), II, 491.
- des jambes dans la cardite, III, 160.
- latent, II, 497.
- des nouveau-nés, V, 332 ; causes, 333 ; diagnostic, 339 ; marche, 337 ; lésions anatomiques, 337 ; symptômes, 334 ; traitement, 341.
- des nouvelles accouchées, III, 359.
- des paupières, V, 603.
- OENOMANIE**, I, 608, voy. *Delirium tremens*, V, 630.
- OESOPHAGE** (Maladies de l'), III, 659 ; abcès, 667 ; cancer, 690 ; (dégénérescence de l'), 695 ; (constriction de l'), 713 ; dilatation, 695 ; gangrène, 676 ; hémorrhagie, 660 ; inflammation, 661 ; ossification, 695 ; paralysie, 724 ; perforation, 682.
- (Ramollissement de l'), III, 685.
- (Rétrécissement de l'), III, 696 ; causes, 697 ; diagnostic, 702 ; marche, 701 ; lésions anatomiques, 702 ; symptômes, 699 ; traitement, 704.

- OESOPHAGE** (Rhumatisme de l'), I, 341 ; (rupture de l'), III, 685.  
 — (Spasme de l'), III, 712 ; causes, 714 ; diagnostic, 718 ; marche, 718 ; lésions anatomiques, 718 ; symptômes, 716 ; traitement, 719.  
 — (Squirrhe de l'), III, 690 ; (ténésme de l'), III, 713 ; (ulcérations de l'), III, 679 ; (ulcères syphilitiques de l'), III, 680.  
**OESOPHAGIENNE** (Angine), III, 661.  
**OESOPHAGISME**, III, 712 ; causes, 712 ; diagnostic, 718 ; (hérédité de l'), 714 ; (hoquet dans l'), 667 ; lésions anatomiques, 718 ; marche, 718 ; symptômes, 716 ; traitement, 719.  
**OESOPHAGITE** chez les enfants à la mamelle, III, 676 ; chronique, III, 678 ; folliculeuse, 667 ; pseudo-membraneuse, 681.  
 — simple aiguë, III, 661 ; causes, 662 ; diagnostic, 670 ; lésions anatomiques, 669 ; marche, 668 ; symptômes, 663, traitement, 673.  
 — ulcéreuse, III, 679.  
**OESTRES**, V, 711.  
**OMBILICALE** (Phlébite), IV, 422.  
**ONGLES** chez les phthisiques, II, 768.  
**OPHTHALMIE** blennorrhagique, IV, 796 ; purulente, III, 349.  
**OPIUM** (Empoisonnement par l'), V, 614.  
**OPISTHOTONOS**, II, 209.  
**OR** (Empoisonnement par les préparations d'), V, 684.  
**ORBICULAIRE** (Dartre), V, 503.  
**ORCHITE** blennorrhagique, IV, 806 ; varioleuse, I, 162.  
**OREILLES** (Eczéma des), V, 406 ; (inflammation des), V, 357 ; (maladies de l'), V, 357 ; (névralgie de l'), V, 364.  
**OREILLETES** (Absès des), III, 159 ; (hypertrophie des), III, 183.  
 — droite (Anévrysme de l'aorte communiquant avec l'), III, 305.  
**OREILLONS**, III, 548 ; causes, 549 ; contagion, 549 ; diagnostic, 553 ; épidémie, 549 ; symptômes, 550 ; traitement, 553.  
**ORGANES** de rapprochement sexuel (Maladies des), IV, 789 ; des sens (maladies des), V, 337.  
**ORGUEIL** (Monomanie d') I, 605.  
**ORIFICES DU CŒUR** (Étendue des), III, 90 ; (maladies des), III, 112.  
 — aortique (Rétrécissement de l'), III, 128 ; causes, 128 ; diagnostic, 131 ; marche, 130 ; lésions anatomiques, 131 ; symptômes, 129 ; traitement, 133.  
 — mitral (Rétrécissement de l'), III, 115 ; (attaque de suffocation dans le), 121 ; causes, 115 ; diagnostic, 124 ; marche, 122 ; lésions anatomiques, 123 ; symptômes, 115 ; traitement, 127.  
**ORIFICES** pulmonaire (Rétrécissement de l'), III, 133.  
 — tricuspidé (Rétrécissement de l'), III, 128.  
**ORIFICE UTÉRIN** (Plaques granuleuses de l'), V, 127.  
**ORTHOPNÉE**, II, 489, 642, III, 64.  
**ORTIÉE** (Éruption), V, 486.  
**OS** (Maladies des), I, 534 ; ramollissement, I, 545.  
**OSSEUX** (système) (Maladies du), V, 336.  
**OSSIFICATIONS** des anneaux de la trachée, II, 542 ; de l'aorte, III, 270 ; des artères, III, 325 ; de l'oesophage, III, 695 ; ovariques, V, 308 ; du péricarde, III, 249 ; du timbre propre du cœur, III, 197 ; des valves du cœur, III, 123, 131, 141.  
**OSTÉOCOPES** (Douleurs), V, 57.  
**OSTÉOMALACIE**, I, 544.  
**OSTÉOPOROSE** rachitique, I, 538.  
**OTALGIE**, V, 363.  
**OTITE** aiguë, V, 357 ; externe, 357 ; interne, 359.  
 — chronique, V, 362 ; externe, 362 ; interne, 362.  
**OTORRHÉE**, V, 362.  
**OURLES**, III, 548, voy. *Oreillons*, III, 548.  
**OVAIRES**, cancer, V, 307 ; aréolaire, 297.  
 — cartilaginifications, V, 308 ; corps fibreux, 308 ; (dégénérescences des), 308 ; (inflammation des), 293.  
 — kystes, V, 296.  
 — (Maladies des), V, 292 ; mélanose, 308 ; ossifications, 308 ; productions calcaires, 308.  
**OVARIQUE** (Cartilaginification), V, 308 ; (corps fibreux), V, 308 ; (grossesse), V, 302 ; (mélanose), V, 308 ; (ossification), V, 308 ; (tumeur), V, 294, 301 ; (vésicules), V, 297.  
**OVARITE**, V, 292.  
 — aiguë, 293 ; causes, 293 ; diagnostic, 295 ; marche, 295 ; symptômes, 294 ; traitement, 295.  
 — chronique, 295.  
**OXALIQUE** (Gravelle), IV, 676, 692.  
**OXYDE** cystique (Gravelle d'), IV, 693.  
**OXYURES** vermiculaires, IV, 228 ; diagnostic, 229 ; symptômes, 229 ; traitement, 230.  
 — dans le rectum, IV, 780 ; traitement, IV, 780.  
**OZÈNE**, II, 307, 312 ; (ulcérations dans l'), II, 312.  
 — dartreux, II, 309, 316 ; scorbutique, 309, 316 ; scrofuleux, 309, voy. *Coryza ulcéreux*, II, 307.

## P

**B** ulcéreuse syphilitique, III, 633.

**D** ULEURS, V, 495.

**E** (Psoriasis), V, 492.

**IONS DU CŒUR**, III, 173; (accès, 221.

ses, III, 249; causes, 250; diagnostic, 252; lésions anatomiques, 252; 251; symptômes, 250; traitement,

**NNE** (Fièvre), I, 225.

**IE** (Fièvre), I, 225.

**S** (Maladies du), IV, 410; (abcès du), ; (calculs du), 416; (cancer du), inflammation du), IV, 412; (kystes

**FIQUE** (Flux), IV, 417.

**ITE**, IV, 412; aiguë, 412; chronique, 414.

**uqueuse**, I, 450.

**IE** (Affections de la peau), V, 478; , 424; (syphilide), I, 470.

**K** (Érythème), V, 370.

**E** (Congestion brusque avec), II, ns l'intoxication saturnine, V, 687. nés, I, 606, 754; de la cinquième 736.

itiques consécutives à l'angine couen-II, 654; causes, 658; diagnostic, rche, 657; symptômes, 656; traitement, 658.

**lle des enfants**, I, 759.

**ce**, I, 742; dans l'hémorrhagie céré-II, 126.

, II, 128; progressive, I, 754.

**ague dans l'hémorrhagie cérébrale**, dans la tuberculisation des mé-I, 74.

II, 127.

**ement dans la congestion sanguine** elle, II, 214; dans l'hémorrhagie , II, 125; intra-arachnoïdienne, ous-arachnoïdienne, II, 30; de la inière, II, 219;) dans la myélite , 223; chronique, 232).

**le dentelé**, I, 742; des muscles du cou, II, 127; du tronc, 128);

**hage**, III, 724; partielles diverses, e la paupière, I, 741; pellagreuse,

**du rectum**, II, 127; saturnine, V, la sensibilité dans l'hémorrhagie II, 128; du sentiment, II, 31.

**ième paire**, I, 742; chez l'adulte, nez les nouveau-nés, I, 748.

**ème paire**, I, 741; du sphincter de , 130; de la troisième paire, I,

**PARALYSIE** de la vessie, IV, 744; causes, 746; diagnostic, 749; marche, 748; lésions anatomiques, 749; (rétention d'urine par), IV, 745; symptômes, 747; traitement, 752.

**PARAPHIMOSIS**, I, 428.

**PARAPLÉGIE**, I, 712, 733; II, 223; nerveuse, I, 764.

**PARAPLEXIE**, II, 123.

**PARASITES** (Animaux), V, 705.

**PARCÈMIN** (Bruit de), III, 113.

**PARENCHYMATEUSE** (Métrite), V, 163.

**PARENCHYME** pulmonaire (Altérations du) par des corps étrangers pulvérulents, II, 313; (maladies du), II, 668.

**PAROXYSMES** de névralgie, I, 651; de rhumatisme musculaire, I, 324; tétanos, I, 883.

**PAROI** abdominale (Rhumatisme de la), I, 340; (rupture de la), dans l'ascite, IV, 482.

— du cœur (Épaisseur des), III, 89; du larynx (ulcérations des), III, 632.

— du thorax (Perforation des), III, 5; (rhumatisme des), I, 338.

**PAROLE** (Perte de la) dans l'hémorrhagie cérébrale, II, 132.

**PARTIES** génitales (Prurigo des), V, 480.

**PAUPIÈRES** (Absès sur les) dans le choléra-morbus épidémique, I, 117; (occlusion des) dans l'œdème des nouveau-nés, V, 336; (paralyse de la), I, 741; (psoriasis des), V, 493; (ulcérations des) dans le choléra, I, 118.

**PEAU** (Affections de la), V, 365; bulleuses, V, 433; diverses, V, 538; hémorrhagiques, V, 527; papuleuses, 478; pustuleuses, 444; squameuses, V, 489; tuberculeuses, V, 511; vésiculeuses, 394.

— (Altérations de la), dans la pellagre, V, 555; (bosselures de la) dans la phlébite, III, 344; bronzée, V, 539; (colorations morbides de la), V, 539; (décolorations de la), 542; (état de la) dans la fièvre typhoïde, I, 26; (rhumatisme de la), I, 731.

**PECTORALE** (Grippe), I, 151.

**PECTORILOQUIE** dans la pleurésie aiguë, III, 29.

**PÉDARTHROCACE**, V, 544.

**PÉDICULAIRE** (Maladie), V, 705.

**PELLAGRE**, V, 549; (altérations de la peau dans la), 555; causes, 552; diagnostic, 558; marche, 557; lésions anatomiques, 558; symptômes, 554; traitement, 558.

**PELLAGREUSE** (Folie), V, 556; (paralyse), V, 557.

**PEMPHIGOÏDE** (Érysipèle), V, 377.

**PEMPHIGUS**, V, 433; (accès de), 435; (bulle du), 435; causes, 434; diagnostic, 438; lésions anatomiques, 438; marche, 438; symptômes, 434; traitement, 439.

- PEMPHIGUS** aigu, V, 434 ; chronique, 436 ; labialis, 437 ; des nouveau-nés, 437 ; syphilitique, 437.
- PENDUS**, III, 379.
- PERCUSSION** (Remarques sur la), III, 727.
- PERFORATION** de l'appendice cæcal, V, 309, — du cæcum, V, 310 ; (tumeurs par), V, 310. — des conduits miliaires par les calculs, IV, 351 ; du crâne dans l'hydrocéphale chronique, II, 96. — de l'estomac, III, 860 ; causes, 863 ; diagnostic, 865 ; lésions anatomiques, 864 ; symptômes, 862 ; traitement, 867. — de l'intestin, IV, 433 ; de l'œsophage, III, 682 ; des parois du thorax, III, 5 ; du poumon, III, 5, 12 ; du sinus maxillaire dans la névralgie trifaciale, I, 678.
- PÉRICARDE** (Adhérence du) au cœur, III, 247 ; (cancer du), III, 249 ; (cartilaginification du), III, 249 ; (granulations tuberculeuses du), III, 249 ; (inflammation du), III, 218 ; (kystes séreux du), III, 249 ; (lésions diverses du), III, 249 ; (maladies du), III, 217 ; (ossification du), III, 249 ; (tubercules du), III, 249 ; (ulcérations du), III, 249.
- PÉRICARDITE** aiguë, III, 217 ; (bruit de cuir neuf dans la), 223 ; causes, 218 ; diagnostic, 227 ; (épidémie de), 220 ; lésions anatomiques, 225 ; marche, 225 ; symptômes, 220 ; traitement, 230. — chronique, III, 237 ; causes, 238 ; diagnostic, 239 ; marche, 239 ; lésions anatomiques, 239 ; symptômes, 238 ; traitement, 240. — hémorrhagique, III, 226 ; rhumatismale, 224 ; sèche, 224.
- PÉRICARDITIQUE** (frottement) (Bruit de), III, 223.
- PÉRINÉE** (Absès du), IV, 806.
- PÉRIPLÉUMONIE**, II, 683.
- PÉRIPLÉUMONIE**, II, 683.
- PÉRIPLÉUMONIQUE** (Fièvre), II, 683, 688.
- PÉRINÉPHRITE**, IV, 529, 664.
- PÉRITOINE** (Maladies du), IV, 419 ; (abcès en dehors du), IV, 445 ; (gaz dans le), IV, 442. — hydropisie, IV, 474 ; enkystée, IV, 508 ; par irritation, IV, 489. — inflammation, IV, 420, 463. — (kystes du) IV, 508 ; (kystes hydatiques du foie s'ouvrant dans le), IV, 324. — tympanite, IV, 509.
- PÉRITONÉALE** (Tympanite), IV, 509.
- PÉRITONITE** aiguë, IV, 419 ; (bruits dans la), 429 ; causes, 421 ; diagnostic, 442 ; lésions anatomiques, 439 ; (lochies dans la), 459 ; marche, 437 ; symptômes, 427 ; traitement, 448. — cancéreuse, IV, 467. — chronique, IV, 462 ; causes, 463 ; diagnostic, 469 ; lésions anatomiques, 468 ; symptômes, 465 ; traitement, 470.
- PÉRITONITE** par extension de l'infla IV, 425 ; symptômes, 431 ; lésions anatomiques, 441 ; traitement, 452. — hémorrhagique, IV, 440 ; infantile — par perforation ou rupture, IV, 419 ; symptômes, 434 ; lésions, 441 ; traitement — puerpérale, IV, 425 ; lésions anatomiques, 441 ; symptômes, 432 ; traitement, — simple, spontanée, IV, 423 ; causes, symptômes, 427. — traumatique, IV, 424 ; tubercule
- PERNICIEUSES** (Fièvres), I, 245 ; d'été, 248 ; lésions anatomiques, 248 ; symptômes, 246 ; traitement, 248.
- PERTE** de la parole dans l'hémorrhagie, II, 132 ; de la voix, II, 51.
- PERTES** blanches, V, 31 ; rouges, — séminales involontaires, IV, 760 ; diagnostic, 776 ; lésions anatomiques, 775 ; symptômes, 764 ; traitement
- PESTE**, I, 89 ; (bubons de la), 92 ; (charbon de la), 92 ; diagnostic (incubation de la), 91 ; lésions anatomiques, 94 ; marche, 93 ; (pétéchies de la), 93 ; symptômes, 91 ; traitement,
- PESTILENTIEL** (Anthrax), I, 92.
- PESTILENTIELLE** (Angine), III, 6 ; (maladies), I, 1.
- PÉTÉCHIALE** (Variole), I, 160.
- PÉTÉCHIES** dans l'épistaxis, II, 254 ; dans la peste, I, 93 ; dans le typhus fébrile
- PETIT BASSIN** (Absès du), V, 283. — (Tumeurs du) inflammatoires, V, 324 ; kystiques, V, 284.
- PETITE VÉROLE**, I, 154 ; volante.
- PHAGÉDÉNIQUE** (Chancre), I, 425 ; (du pharynx), III, 635.
- PHARYNGÉE** (Angine), III, 593.
- PHARYNGITE** couenneuse, III, 616 ; diagnostic, 625 ; épidémie, 625 ; lésions anatomiques, 620 ; lésions anatomiques, 624 ; marche, 623 ; symptômes, 619 ; (toux dans la), III, 621 ; traitement, 627. — diphthéritique, III, 616, 654. — gangréneuse, III, 646 ; causes, diagnostic, 649 ; épidémie, 647 ; lésions anatomiques, 649 ; marche, 649 ; symptômes, 648 ; traitement, 650. — glanduleuse, III, 603 ; pultacée, — simple aiguë, III, 558 : 1° suppurative, 558 ; causes, 559 ; diagnostic, 564 ; lésions anatomiques, 564 ; symptômes, 561 ; traitement, 566 ; 2° tonsillaire, causes, 569 ; diagnostic, 578 ; lésions anatomiques, 577 ; symptômes, 571 ; traitement, 579 ; 3° profonde, 593. — simple chronique, III, 598 : 1° gangréneuse, 598 ; 2° tonsillaire, 600.



**E** syphilitique non ulcéreuse, III, 631; syphilitique, III, 632.  
**ÉRÉTHISME**, III, 537.  
**ÉRYNGITE** couenneuse, II, 406.  
 (abcès du), III, 594; (cancer du), triction du), 713; (dégénérescence (dilatation du), 654; (gangrène 647; (hémorrhagie du), 557; purulente du), II, 496; (inflammation du), III, 558; (maladies du), III, 554; (tumeurs du), I, 341; (tumeurs du), III, 631; diphthéritique, gangagédénique, III, 635.  
 I, 428; dans la balanite, IV, III, 341; (abcès multiples dans , 349; (bosselures de la peau dans causes, 342; diagnostic, 252; (inulente dans la), 341; lésions anatomiques, 344; marche, 350; symptômes, 344; , 354.  
 III, 344; dans les hémorroïdes, non traumatique, III, 349; ombi- 422, simple, III, 344; traumatique.  
**ÉRYTHÈME** alba dolens, III, 358; causes, diagnostic, 363; lésions anatomiques, marche, 363; symptômes, 361; , 365.  
 anté-utérin, V, 284, 287; du 60; de la fosse iliaque, V, 311; x de la langue, III, 516.  
 I, V, 283; causes, 284; diagnostic, symptômes, 285; marche, 288; lésions es, 290; traitement, 291.  
 in, V, 286.  
**ÉRYTHÈME** (Entérite), IV, 101; (gas- 779.  
**ÉRYTHÈME** (Érysipèle), V, 377; traite-  
**ÉRYTHÈME** (Dartre), V, 407; (érysipèle), perps), V, 408; (suette miliaire),  
**ÉRYTHÈME** (Gravelle), IV, 679; (gra- 676.  
**ÉRYTHÈME**, II, 42.  
**E**, phrénopathie, I, 598.  
**E**, V, 706, 707.  
 II, 756 (accès de fièvre dans la), chophonie dans la), 766; causes, ernes dans la), 771; diagnos- diarrhée dans la), II, 803; (hé- la), 761; lésions anatomiques, che, 768; râle (cavernuleux, II, itant, II, 766;) respiration ca- II, 766; tintement métallique, ux, II, 762; traitement (curatif, tif, 801; préservatif, 813).

**PHTHISIE** bronchique, III, 63; laryngée, II, 461; pulmonaire, II, 756; rénale, III, 408; tuberculeuse, II, 759; trachéale, 540, 776.  
**PHYSCONIE**, IV, 510.  
**PHYSOMÉTRIE**, V, 186; (dyspnée dans la), 187, symptômes, 187; traitement, 189, voy. *Paralysie de la vessie*, IV, 749.  
**PIAN**, V, 526.  
**PICA**, IV, 11.  
**PICOTE**, I, 154.  
**PIERRES**, IV, 669.  
**PILARIS** (Lichen), V, 485.  
**PILEUSE** (Gravelle), IV, 676.  
**PIQÛRES** des arachnides venimeux, V, 578; de l'abeille, du cousin, des fourmis, du frelon, de la guêpe, 578; des insectes, 578; du moustique, du scolopendre, V, 578; du scorpion, V, 578; de la tarentule, 578.  
**PISSEMENT** de sang, IV, 641.  
**PITUITÉ** (Catarrhe), II, 601.  
**PITYRIASIS**, V, 505; causes, 505; diagnostic, 507; marche, 507; symptômes, 506; traitement, 507.  
 — capitis, V, 506; nigra, rubra, versicolor, V, 507.  
**PLAQUES** cartilagineuses de l'aorte, III, 269; du favus, V, 458; granulées de l'orifice utérin, V, 127.  
 — muqueuses, I, 449; diagnostic, 453; marche, 452; symptômes, 450; traitement, 453; confluentes, diphthériques, discrètes, ulcérées, végétantes, I, 452.  
**PLATINE** (Empoisonnement par les préparations de), V, 684.  
**PLÉTHORE**, I, 482; causes, 483; diagnostic, 486; marche, 486; symptômes, 484; traitement, 487.  
 — sanguine, I, 483; séreuse, I, 499; utérine, V, 111.  
**PLÉTHORIQUE** (Migraine), I, 640.  
**PLEURALE** (Hémorrhagie), III, 18; causes, 18; diagnostic, 20; lésions anatomiques, 20; symptômes, 19; traitement, 20.  
**PLEURÉSIE** aiguë, III, 21; (broncophonie dans la), 27; causes, 22; diagnostic, 35; (égophonie dans la), 29; (évacuations critiques dans la), 34; lésions anatomiques, 34; marche, 32; râle humide, III, 32; respiration (bronchique, III, 28; cavernuleuse, III, 29); symptômes, 24; toux, III, 25; traitement, 40.  
 — chronique, III, 46; causes, 47; diagnostic, 50; (dyspnée dans la), 48; lésions anatomiques, 50; marche, 49; symptômes, 47; (toux dans la), 48; traitement, 54.  
 — enkystée, III, 50.  
**PLEURÉTIQUE** (Bruit), III, 32; (point), III, 24.  
**PLEURODYNIE**, I, 338.

**PLEUROPNEUMONIE**, III, 5.

**PLEUROSTHOTONOS**, I, 882.

**PLÈVRE** (Hémorrhagie de la), III, 18; (hydropisie de la), III, 62; kystes du foie s'ouvrant dans la), IV, 324.

— (Maladies de la), III, 1; (décubitus dans les), III, 25.

— (Ulcération de la), III, 35.

**PLOMB** (Absorption de préparations de), produisant l'intoxication saturnine, V, 686.

— (Coliques de), V, 687; causes, 688; diagnostic, 690; lésions anatomiques, 690; symptômes, 688; traitement, 691.

— (Maladies de), V, 686.

**PNEUMATOSE** intestinale, IV, 176.

**PNEUMOCARDIAQUE** (Monomanie), I, 626.

**PNEUMOHÉMORRHAGIE**, II, 545.

**PNEUMOHYDROTHORAX**, III, 7.

**PNEUMONIE** adynamique, II, 696.

— aiguë, II, 682; (bronchophonie, 691; causes, 684; diagnostic, 702; (épidémie de), 687; (fausses membranes dans la), 690; lésions anatomiques, 699; marche, 698; râle crépitant, II, 690; respiration bronchique, II, 691; symptômes, 687; traitement, 707;) primitive, II, 688.

— arthritique, ataxique, bilieuse, II, 696; chronique, 730; consécutive, franche, 683, 696; hypostatique, II, 725; intermittente, 696; latente, 698; lobulaire, 698; métastatique, 698; puerpérale, 683; rémittente, 696; traumatique, typhoïde, 683; tuberculisatrice, II, 730.

**PNEUMONIQUE** (Fièvre), I, 248.

**PNEUMORRHAGIE**, II, 145.

**PNEUMOTHORAX**, III, 2; (bourdonnement amphorique dans le), 8; causes, 4; diagnostic, 13; (dyspnée dans le), 7; (fluctuation hippocratique dans le), 7; lésions anatomiques, 11; marche, 10; symptômes, 6; (tintement métallique dans le), 9; traitement, 16.

**PODAGRE**, I, 348.

**POINT DE COTÉ** ou pleurétique, III, 24.

**POINTS** douloureux dans la migraine, I, 640; dans les névralgies, I, 648; (cervico-brachiale, I, 635; dorso-intercostale, 693; générale, I, 726, 730; lombo-abdominale, I, 701; occipito-costale, I, 686; sciatique, I, 708; trifaciale, I, 668.)

— jaunes des granulations grises de la phthisie, II, 771; limités de la lèpre, V, 504; névralgiques dans l'hystérie, I, 856; rouges de la variole, I, 157.

**POISONS**, V, 667.

**POITRINE** (Angine de), III, 254; causes, 255; diagnostic, 259; (éructations dans l'), III, 257; lésions anatomiques, 258; marche, 257; symptômes, 255; traitement, 259.

**POITRINE** (Dilatation de la), dans la pleurésie aiguë, III, 26; (fluxion de), II, 633; (rhume de), II, 573.

**POLARISATION**, I, 566.

**POLLUTIONS** diurnes, IV, 761; nocturnes, 761.

**POLYDIPSIE**, IV, 73; causes, 74; diagnostic, 76; symptômes, 74; marche, 75; traitement, 77.

**POLYPES** bronchial, II, 619; du cœur, II, 151; des fosses nasales, II, 297; du larynx, II, 509; du rectum, IV, 199; de l'utérus, V, 167.

**POLYPHAGIE**, III, 876; IV, 73.

**POLYPIFORMES** (Concrétions) du cœur, III, 151.

**POLYURIE**, I, 548.

**PORRIGINE** granulée, V, 448.

**PORRIGO**, V, 456; causes, 458; diagnostic, 461; (hérédité du), V, 458; lésions anatomiques, 460; marche, 460; symptômes, 458; traitement, 461.

**POSTHITE**, IV, 834.

**POTASSE** (nitrate de) (Empoisonnement par le), V, 674.

**POTASSIUM** (cyanure de) (Empoisonnement par le), V, 615.

**POU**, V, 705; des malades, V, 706; du pubis, V, 707.

**POULS** veineux, III, 114, 121, 129.

**POUMON** (Abscess du), II, 636; (altérations diverses du), II, 813; (apoplexie du), II, 672; (cancer du), II, 748; (cirrhose du), II, 746; (collapsus du), par obstruction bronchique, II, 692; (compression des), (asphyxie par), III, 379; (congestion du), II, 668; (dégénérescences du), II, 747; (emphysème vésiculaire du), II, 644; (engouement du), II, 699.

— (Gangrène du), II, 636, 733; causes, 737; diagnostic, 742; lésions anatomiques, 735; marche, 741; symptômes, 738; traitement, 744.

— (Granulations grises des), II, 770; (hémorrhagie du), II, 545; (hépatisation rouge du), II, 700; (hydatides du), II, 751; infiltration purulente du), II, 700; (kystes hydatiques du foie s'ouvrant dans le), IV, 323; (maladies du), II, 668; (mélanose du), II, 746; (perforation du), III, 5, 12.

— (Tubercules des) miliaires, II, 770; infiltrés, II, 771.

**POURPRE** blanc, I, 212.

— (Fièvre), I, 197.

**PRÆPUTIALIS** (Herpès), V, 410.

**PRÉPARATIONS** (Empoisonnement par les d'argent, de bismuth, V, 684; cuivreuses, V, 683; d'étain, d'or, de platine et de zinc, V, 684.

— de plomb (Absorption de) produisant l'intoxication saturnine, V, 686.

- PRÉPUCE** (Psoriasis du), V, 492.
- PRIAPISME**, I, 637.
- PRISONS** (Fièvre des), I, 13; (typhus des), I, 13.
- PRODUCTIONS** calcaires ovariennes, V, 308.
- PROLAPSUS** de la matrice, V, 202.
- PROPULSIVE** (Chorée), I, 793.
- PROSOPALGIE**, I, 666.
- PROSTATE** (Maladies de la), IV, 759.  
— (Gonflement de la), IV, 750; (retention d'urine par), IV, 745.
- PROTUBÉRANCE** annulaire (Ramollissement de la), II, 170.  
— cérébrale (Absès de la), II, 177; (apoplexie de la), II, 135; (hémorrhagie de la), II, 135; (maladies de la), II, 101.
- PRURIGO**, V, 478; causes, 479; diagnostic, 481; marche, 480; symptômes, 479; traitement, 481.  
— formicans, V, 479; mitis, 479; des parties génitales, 480; pedicularis, 479; podicis, 480; senilis, 479.
- PRURIT** de la vulve, V, 18.
- PRUSSIENNE** (acide) (Empoisonnement par l'), V, 615.
- PSEUDOCONTINUE** (Fièvre), I, 250.
- PSEUDOCROUP**, II, 383; (altération de la voix dans le), II, 388; causes, 385; diagnostic, 392; (hérédité du), II, 386; lésions anatomiques, 392; marche, 390; symptômes, 387; traitement, 397.
- PSEUDOMEMBRANEUSE** (Bronchite), II, 618; causes, 619; diagnostic, 624; (fausses membranes dans la), II, 621; lésions anatomiques, 624; marche, 623; symptômes, 620; traitement, 627.  
— (Entérite), IV, 101; (laryngite), II, 406; (œsophagite), III, 681; (trachéite), II, 539; (vulvite), V, 10.
- PSORÉLYTRIE**, IV, 841, V, 22.
- PSORENTÉRIE**, psorentérite, I, 97.
- PSORIASIS**, V, 490; causes, 490; diagnostic, 493; marche, 493; symptômes, 491; traitement, 494.  
— des lèvres, V, 492; palmaire, V, 492; des paupières, V, 493; du prépuce, V, 492; syphilitique, I, 471.
- PSOROBALANITE**, IV, 836.
- PTYALISME** dans l'intoxication saturnine, V, 687.  
— continué dans l'hystérie, I, 825; mercuriel, III, 460; nerveux, III, 545.
- PUBIS** (Pou du), V, 707.
- PUCE**, V, 708; chique, V, 708; maligne, V, 604.
- PUERILIS** (Épilepsie), I, 858.
- PUERPÉRALE** (Arthrite), I, 269.  
— (Fièvre), I, 67; anatomie pathologique, 70; contagion, 68, 76; diagnostic, 75; (épidémie de), 76; étiologie, 75; marche, 74; nature, 68; symptômes, 72; traitement, 77.
- PUERPÉRALE** (Folie), I, 607.  
— (Métrite), V, 116; causes, 117; diagnostic, 121; (écoulement utérin dans la), 136; lésions anatomiques, 120; marche, 120; symptômes, 118; traitement, 121.  
— (Péritonite), IV, 425; lésions anatomiques, 441; symptômes, 432; traitement, 452.  
— (Pneumonie), II, 683.
- PULMONAIRE** (Apoplexie), II, 672; causes, 673; diagnostic, lésions anatomiques, 677; marche, 677; symptômes, 674; traitement, 680.  
— (Catarrhe), II, 572; (congestion), 668; (consomption), 757.  
— (PARENCHYME) (Maladies du), II, 668; (altérations du) par des corps étrangers pulvérisés, 813.
- PULMONIE**, II, 682.
- PULPE CÉRÉBRALE** (Infiltration cellulaire de la), II, 169.
- PULPEUX** (Ramollissement) du cerveau, II, 168, 174.
- PULTACÉ** (Chancre), I, 425; (pharyngite syphilitique), III, 610.
- PUNAI** (Odeur de), II, 295.
- PUNAI**, II, 305, 308.
- PURPURA** hæmorrhagica, V, 530; causes, 530; diagnostic, 532; marche, 532; lésions anatomiques, 532; symptômes, 531; traitement, 532.  
— simplex, V, 528; causes, 528; diagnostic, 529; symptômes, 528; marche, 529; traitement, 530.
- PURULENTE** (Diathèse), I, 282; (fièvre), I, 282; III, 341; (infection), III, 341.  
— (Infiltration) du pharynx, II, 496; du poumon, II, 700.  
— (Ophthalmie), III, 349; (résorption), III, 341.
- PUS** blennorrhagique (Incubation du), IV, 799.
- PUSTULE** maligne, V, 597; (bâtonnet dans la), 609; causes, 598; diagnostic, 605; lésions anatomiques, 609; marche, 604; symptômes, 601; traitement, 610.
- PUSTULES** caractéristiques du chancre, I, 422, 430; muqueuses, I, 450; phlyzaciées, V, 453; plates, I, 450; psudraciées, V, 444.
- PUSTULEUSES** (Affections) de la peau, V, 444.  
— (Dartre) disséminée, V, 467; mentagre, 475; miliaire, 467.  
— (Gale), V, 424; (syphilide), I, 466.
- PUSTULEUX** (Érysipèle), V, 377.
- PUTRIDE** (Fièvre), I, 13; (scarlatine), I, 202.
- PYÉLITE**, IV, 657; causes, 658; diagnostic, 663; marche, 663; lésions anatomiques, 663; symptômes, 659; traitement, 666.  
— calculeuse aiguë, IV, 661; chronique, 661.  
— simple aiguë, IV, 660; chronique, IV, 661.



des), V, 53; (difficulté des),  
minution des), V, 52; (suppres-  
, 52.

**ION** à travers les valvules aor-  
136.

es), IV, 529; apoplexie, IV, 515;  
V, 622; calculs, IV, 678; can-  
3; gangrène, IV, 553; hémor-  
640; hydatides, IV, 627; hy-  
V, 703; hypertrophie, IV, 622;  
n, IV, 516.

phalocystiques, IV, 627; sim-  
25.

des), IV, 515; mobilité, IV,  
tion d'urine dans les), IV, 703;  
ant, spiroptère, IV, 636; tuber-  
23.

de), I, 343.

issons par le nez dans la laryn-  
se, II, 467; dans l'œdème de  
, 489.

(Tétanos), I, 883.

E (Fièvre), I, 251; III, 576;  
I, 260.

e), II, 696.

plexie), IV, 515.

) endémique, IV, 652; interne,

gie), IV, 640; causes, 642;  
653; (formation de caillots dans  
7; marche, 651; lésions anato-  
2; symptômes, 646; traitement,

IV, 540.

VITÉS) (Rétention de l'urine dans  
03; causes, 704; diagnostic,  
ns anatomiques, 706; symptô-  
marche, 704; traitement, 707.

és), IV, 662; (calculs), IV, 678.  
I purulente, III, 341.

N bronchique dans la pleurésie,  
ns la pneumonie, II, 694.

neurétique; III, 28.

: dans la dilatation des bronches,  
ns la phthisie, II, 766; dans la  
guë, II, 29.

RES (VOIES) (Corps étrangers  
III, 378; (maladies des), II,

DE LA BILE, IV, 361; causes,  
ostic, 366; lésions anatomiques,  
ie, 365; symptômes, 363; traite-

le dans le canal hépatique, dans  
olédoque, par occlusion du canal  
V, 363; passagère, IV, 365;  
, IV, 365.

D'URINE, IV, 744; dans le can-  
essie, IV, 730; causée par des  
, 711; causes, 746; dans la cé-

rébrite, II, 166; diagnostic, 749; par gon-  
flement de la prostate, IV, 745; marche,  
748; par paralysie de la vessie, IV, 745;  
lésions anatomiques, 749; symptômes, 747;  
traitement, 752.

**RÉTENTION DURINE** dans les cavités rénales,  
IV, 703; causes, 704; diagnostic, 706;  
lésions anatomiques, 706; marche, 704;  
symptômes, 704; traitement, 707.

— dans les uretères, IV, 708.

**RÉTRACTION** du testicule dans la néphrite  
aiguë, IV, 528.

**RÉTRÉCISSEMENT** de l'aorte, III, 309;  
causes, 309; diagnostic, 313; marche, 312;  
lésions anatomiques, 312; symptômes,  
310; traitement, 314.

— de l'artère pulmonaire, III, 340; des bron-  
ches, II, 640; du côlon, V, 311; de l'in-  
testin, IV, 134.

— de l'œsophage, III, 696; causes, 697;  
diagnostic, 702; marche, 701; lésions  
anatomiques, 702; symptômes, 699; trai-  
tement, 704.

— des orifices du cœur, III, 115; aortique,  
III, 128; mitral, III, 115; pulmonaire,  
III, 133; tricuspide, III, 128.

— du rectum, IV, 134; des uretères, IV,  
708.

**RÉTROCESSION** de la goutte, I, 356.

**RÉTROFLEXION**, V, 264; causes, 264;  
diagnostic, 266; lésions anatomiques, 266;  
marche, 266; symptômes, 265; traite-  
ment, 267.

**RÉTRO-PHARYNGIEN** (Abscess), III, 593.

**RÉTROVERSION**, V, 261; causes, 262;  
diagnostic, 263; lésions anatomiques, 263;  
marche, 263; symptômes, 262; traite-  
ment, 263.

— flexueuse, V, 268.

**REVACCINATION**, I, 179.

**RHAGADES**, I, 427, 452.

**RHINITE** aiguë, II, 277; chronique, II, 292;  
ulcéreuse, II, 307.

**RHINORRHAGIE**, II, 248.

**RHINORRHÉE**, II, 292.

**RHONCHUS** sonore dans la laryngite aiguë,  
II, 345.

**RHUMATIQUE** (Angine), III, 559; (douleurs),  
I, 264; (entérite), IV, 101; (fièvre), I,  
266; (roséole), I, 496.

**RHUMATISMALE** (Arthrite), I, 266, 305;  
(blennorrhagie), IV, 795; (charée), I, 769,  
773; (douleurs), I, 264; (fièvre), I, 270;  
(gastro-entéralgie) des marins, IV, 461;  
(grippe), I, 151; (myélite), II, 225; (né-  
phrite), IV, 548; (péricardite), III, 224.

**RHUMATISME** articulaire aigu, I, 264;  
(causes, I, 266; coïncidence et complica-  
tions, 277; diagnostic, 281; lésions anato-  
miques, 279; marche, 275; symptômes,

- 270 ; traitement, 284 ;) chronique, I, 303 ; (causes, 305 ; diagnostic, 308 ; lésions anatomiques, 308 ; marche, 307 ; symptômes, 305 ; traitement, 312.)
- RHUMATISME** du cou, I, 334, 686 ; du diaphragme, 342 ; de l'épaule, 339 ; épicroânien, 333 ; de l'estomac, I, 342 ; interne, 341 ; des intestins, 342 ; de la langue, 341 ; des membres, I, 340, 343 ; métallique, V, 699.
- mono-articulaire, I, 293.
- musculaire, I, 320 333 ; causes, 322 ; diagnostic, 327 ; (hérédité du), I, 322 ; lésions anatomiques, 327 ; marche, 327 ; (paroxysme du), I, 324 ; symptômes, 323 ; traitement, 328.
- de l'œsophage, I, 341 ; des parois antérieure et latérale de l'abdomen, I, 340 ; des parois thoraciques, I, 338 ; de la peau, I, 731 ; du pharynx, 341.
- de la région dorsale, I, 336 ; lombaire, 337.
- de l'utérus, I, 342 ; viscéral, I, 341.
- RHUME** de cerveau, II, 278 ; de poitrine, II, 573.
- RIRE** convulsif dans l'hystérie, I, 826 ; sardonique, I, 908.
- RODENS** (Impetigo), V, 448.
- RONGEANTE** (Dartre), V, 517.
- ROSÉOLE**, I, 194 ; causes, 195 ; symptômes, 195 ; traitement, 196.
- annulata, autumnalis, primitive simple, rhumatique, I, 196 ; syphilitique, I, 463.
- ROTATOIRE** (Chorée), I, 793.
- ROUET** (Bruit de), III, 279.
- ROUGE** (Fièvre), I, 197.
- ROUGEOLE**, I, 180 ; (anasarque dans la), I, 188 ; causes, 181 ; (contagion de la), I, 181 ; diagnostic, 191 ; (épidémie de), I, 182 ; (incubation de la), I, 182 ; lésions anatomiques, 191 ; marche, 189 ; symptômes, 182 ; traitement, 192.
- boutonneuse, I, 183 ; compliquée, I, 186 ; confluyente, I, 185 ; hémorrhagique, I, 187 ; irrégulière, maligne, I, 186 ; régulière, I, 182 ; sans éruption, I, 187.
- ROUGEURS** du col de l'utérus, V, 126 ; des narines dans le coryza, II, 295 ; voy. *Strophulus*, V, 488.
- ROUGET**, V, 709.
- ROUSSEUR** (Taches de), V, 540.
- RUPIA**, V, 440 ; causes, 441 ; diagnostic, 443 ; marche, 442 ; symptômes, 441 ; traitement, 443.
- escharotica, V, 442 ; proéminens, V, 441 ; simplex, V, 441 ; syphilitiques, I, 466.
- RUPTURE** de l'anévrysme de l'aorte, III, 283, 302 ; de l'aorte, III, 308 ; des artères secondaires, III, 329 ; du cœur, III, 165.
- de l'estomac, III, 867 ; causes, 868 ; diagnostic, 872 ; lésions anatomiques, 870 ; symptômes, 869 ; traitement, 873.
- RUPTURE** de l'intestin, IV, 133 ; de l'œsophage, III, 685 ; de la paroi abdominale, IV, 482 ; de la rate, IV, 482 ; sinus de la dure-mère, II, 35 ; des variqueuses (stomatorrhagie par), de l'utérus, V, 192 ; de la vésicule, IV, 370.

## S

- SABLE**, IV, 441 ; dans l'urine, IV, 644.
- SABURRALE** (Haleine), III, 739.
- SABURRES** de l'estomac, III, 738.
- SAC ANÉVRYSMAL** (Anévrysmes), I, 276, 298.
- SACCHARIMÈTRE**, I, 566.
- SACRÉ** (Feu), V, 644.
- SAINT-GUY** (Danse de), I, 768.
- SALIVAIRE** (Flux), III, 545.
- SALIVATION**, III, 545 ; causes, 545 ; (par la), IV, 488 ; diagnostic, III, 545 ; marche, 547 ; symptômes, 546 ; traitement, — mercurielle, III, 458.
- SALTATORIA** (Épilepsie), I, 770.
- SANG** (Altérations du) en général, (anasarque par), V, 348 ; (ascite par), V, 477.
- (Coagulabilité du) dans l'hémoptisie, III, 551 ; (coagulation du) dans l'artère pulmonaire, III, 337 ; (coup de), III, 488 ; (écoulement de), II, 545.
- (état anormal du) dans l'albumine, III, 591 ; dans l'anémie, I, 492 ; dans la fièvre, I, 502 ; dans le choléra, I, 12 ; dans le diabète, I, 556, 570 ; dans la scarlatine, I, 206 ; dans le scorbut, I, 522 ; dans les scrofules, I, 380.
- (Maladie de) dans l'espèce bovine (pissement de), IV, 641 ; (sucre de), V, 558.
- SANG DE RATE** chez les bêtes à laine, V, 558.
- SANGUINE** (Congestion), I, 493 ; de la rate, I, 247 ; de la moelle, II, 213.
- (Pléthore), I, 483.
- SARCOCÈLE**, V, 544.
- SARCOPE** de la gale, V, 421.
- SARDONIQUE** (Rire), I, 908.
- SATURATION** iodique, V, 651.
- SATURNINE** (Anesthésie), V, 702.
- Arthralgie, V, 699 ; causes, 699 ; diagnostic, 700 ; marche, 700 ; symptômes, 700 ; traitement, 701.
- (Convulsions), V, 696 ; (épilepsie), V, 696.
- (Intoxication), V, 686 ; (accidents de), V, 687 ; (contracture des muscles dans l'), V, 697 ; (paralysie dans l'), V, 687 ; (ptyalisme dans l'), 687.
- (Paralysie), V, 701.



- SATURNINS** (Accidents cérébraux), V, 693 ; diagnostic, 698 ; lésions anatomiques, 698 ; marche, 698 ; symptômes, 693 ; traitement, 698.
- (Ictère), V, 687.
- SATYRIASIS**, I, 636.
- SCABIEUSE** (Dermatose), V, 421.
- SCAPULODYNIE**, I, 339.
- SCARLATINE**, I, 196 ; (anasarque dans la), I, 548 ; causes, 197 ; diagnostic, 206 ; (état du sang dans la), I, 206 ; (inoculation de la), I, 211 ; lésions anatomiques, 206 ; marche, 205 ; symptômes, 198 ; traitement, 208.
- adynamique, I, 202 ; gangréneuse, hémorragique, I, 202 ; irrégulière, 201 ; maligne, 202 ; putride, I, 202 ; sans exanthème, I, 202 ; régulière, I, 198.
- SCÉLOTYBBE**, I, 768.
- SCIATIQUE**, I, 706.
- SCIE** (Bruit de), III, 116, 129.
- SCLÉRÈME**, V, 565 ; causes, 567 ; diagnostic, 572 ; marche, 571 ; lésions anatomiques, 571 ; symptômes, 569 ; traitement, 573.
- variété blanche, brune, V, 569.
- SCLÉRODERMIE**, V, 567.
- SCLÉROSTÉNOSE** cutanée, V, 567.
- SCOLOPENDRE** (Piqûre du), V, 578.
- SCORRUT**, I, 516 ; causes, 517 ; (contractions des membres dans le), I, 521 ; diagnostic, 523 ; (ecchymoses dans le), I, 519 ; lésions anatomiques, 522 ; marche, 521 ; (ramollissement des gencives dans le), I, 520 ; traitement, 524 ; (ulcérations des gencives dans le), I, 520.
- SCORBUTIQUE** (Gangrène) des gencives, III, 475 ; (gastrorrhagie), III, 766 ; goutte, I, 358 ; ozène, II, 309, 316 ; uréthrite, IV, 797 ; variole, I, 160.
- SCROFULEUX** (Ozène), II, 309.
- SCORPION** (Piqûre du), V, 578.
- SCROFULES**, I, 375 ; causes, 378 ; (contagion des), I, 379 ; diagnostic, 388 ; formes, 385 ; (hérédité des), I, 379 ; lésions anatomiques, 388 ; marche, 386 ; symptômes, 380 ; traitement, 390.
- SCYBALES**, IV, 179.
- SEC** (Catarrhe), II, 601.
- SÈCHE** (Blennorrhagie), IV, 804 ; (colique), IV, 160 ; (dartre), V, 490 ; (diète), I, 410 ; (péricardite), III, 224.
- SÉCRÉTION** lactée (Rappel de la), IV, 459.
- SEIN** (Maladies du), V, 322.
- SELLES** (Crises par les), IV, 488.
- SELS** (Empoisonnement par les) alcalins, V, 673 ; de mercure, V, 674 ; de morphine, V, 614.
- SEMENCE** (Flux de), IV, 761.
- SÉMINALES** (Pertes) involontaires, IV, 760 ; causes, 761 ; diagnostic, 776 ; marche, 774 ; lésions anatomiques, 775 ; symptômes, 764 ; traitement, 779.
- SÉMINALES** (VÉSICULES) (Maladies des) IV, 759.
- SEMI-PARALYSIE** dans la névralgie sciatique, I, 709, 712 ; dans la névrite, II, 241.
- SÉNILE** (Démence), II, 163 ; (tremblement), I, 768.
- SENS** (Maladies des), V, 332, 337 ; (troubles des) dans l'hémorrhagie cérébrale, II, 129.
- SENSIBILITÉ** (Paralysie de la) dans l'hémorrhagie cérébrale, II, 128.
- SENTIMENT** (Paralysie du), II, 31.
- SÉREUSE** (Apoplexie), II, 87 ; (entérite), IV, 101 ; (pléthore), I, 499.
- SÉREUX** (Kystes) du péricarde, III, 249.
- SÉROSITÉ** (Accumulation de matières fécales occasionnant de la), dans la vésicule du fiel, IV, 370 ; (flux de) dans la métrorrhagie, V, 92.
- SERPENT** à sonnettes (Morsure du), V, 575.
- SERPENTINE** (Ichtyose), V, 509.
- SERPIGINEUX** (Chancre), I, 426.
- SIALORRHÉE**, III, 545 ; causes, 545 ; diagnostic, 547 ; marche, 547 ; symptômes, 546 ; traitement, 548.
- SIBILANT** (Râle) dans la bronchite (aiguë, II, 577 ; capillaire générale, II, 581 ; chronique, II, 601 ; pseudo-membraneuse, II, 621) ; dans l'emphysème vésiculaire du poumon, II, 648.
- SIDÉRATION** par le chloroforme, V, 660.
- SIGNES**, V, 541.
- SILLONS** de la gale, V, 424.
- SIMULÉE** (Épilepsie), I, 807.
- SINUS** de la dure-mère (Rupture des), II, 35.
- maxillaire (Perforation du) dans la névralgie trifaciale, I, 678.
- SOIE** (Insalubrité du tirage de la), V, 579.
- SOIF** inextinguible, IV, 74.
- SOLIUM** (Tœnia), IV, 231.
- SOLOGNOTS** (Gangrène des), V, 644.
- SOMNAMBULISME** dans l'hystérie, I, 826.
- SOUFFLE** bronchique dans la dilatation des bronches, II, 633 ; dans la pneumonie aiguë, II, 691 ; dans la phthisie, II, 765.
- (Bruit de) dans l'apoplexie, II, 677 ; du cœur, III, 116, 129 ; double, I, 491 ; III, 168 ; dans les veines, I, 491, 499.
- SOUFFLET** (Bruit de), III, 113 ; encéphalique, II, 93.
- SOUFRE** (FOIE DE) (Empoisonnement par le), V, 674.
- SPASME** cynique, II, 532 ; de l'estomac, IV, 3.
- de la glotte, II, 528 ; anatomie pathologique, 531 ; causes, 529 ; diagnostic, 531 ; marche, 531, symptômes, 530 ; traitement, 532. Voy. *Éclampsie*, I, 857.

- SPASME** de l'œsophage, III, 712; causes, 714; diagnostic, 718; marche, 718; lésions anatomiques, 718; symptômes, 716; traitement, 719.  
— de la trachée, II, 533.
- SPASMODIQUE** (Angine) des anciens, II, 384; (croup), II, 384; (ictère), IV, 376; (métrorrhagie), V, 83, 107; (toux), II, 384; (vomissement nerveux), IV, 33.
- SPÉDALSKHED**, V, 512.
- SPERMATORRHÉE**, IV, 760; causes, 761; diagnostic, 776; marche, 774; lésions anatomiques, 775; symptômes, 764; traitement, 779.
- SPHACÈLE** de la bouche, III, 478. Voy. *Gangrène de la bouche*, III, 492.
- SPHINCTER** de l'anus (Paralysie du), II, 130.
- SPINALE** (Irritation), I, 696; II, 213.
- SPIROPTÈRE** des reins, IV, 636.
- SPLÉNIQUES** (Fièvres), I, 228.
- SPLÉNISATION**, II, 700.
- SPLÉNITE**, IV, 398; chronique, IV, 401.
- SQUAMEUSES** (Affections) de la peau, V, 489; (dartre), V, 490, 563; (syphilide), I, 471.
- SQUAMEUX** (Eczéma), V, 398.
- SQUIRRE** de l'estomac, III, 819; du foie, IV, 308, 314; de l'œsophage, III, 690; de l'utérus, V, 153, 171.
- SQUIRREUSE** (Induration) de l'utérus, V, 148.
- SQUIRREUX** (Engorgement) de la matrice, V, 171.
- SQUIRRHOSARQUE**, V, 333.
- STAPHYLITE**, III, 559.
- STATIONNAIRES** (Aphthes), III, 452.
- STERCORALES** (Tumeurs), V, 319.
- STERCORAUX** (Calculs), V, 310.
- STÉRILITÉ** résultant de l'antéversion, V, 254; du cancer de l'utérus, V, 171; des déviations utérines, V, 216.
- STERNALGIE**, III, 254.
- STERNOCARDIE**, III, 254.
- STERTOR** dans la cérébrite aiguë, II, 163; dans l'épilepsie, I, 802; dans l'hémorrhagie cérébrale, II, 129; dans l'hystérie, I, 625.
- STHÉNIQUE** (Ascite), IV, 476.
- STILLICIDIUM** uteri, V, 72.
- STOMACACE**, III, 474; causes, 475; diagnostic, 478; lésions anatomiques, 478; marche, 477; symptômes, 476; traitement, 480.
- STOMACALE** (Migraine), I, 640.
- STOMATITE** charbonneuse, III, 499.  
— couenneuse, III, 474; causes, 475; contagion, 475; diagnostic, 478; épidémie, 475; lésions anatomiques, 478; marche, 477; symptômes, 476; traitement, 480.  
— érythémateuse, III, 456; folliculeuse, III, 448.  
— gangréneuse, III, 492; causes, 494; con-
- tagion, 494; diagnostic, 504; épidémie, 496; lésions anatomiques, 502; marche, 501; symptômes, 498; traitement, 508.
- STOMATITE** mercurielle, III, 458; causes, 460; diagnostic, 464; lésions anatomiques, 464; marche, 463; symptômes, 462; traitement, 465.  
— simple, III, 456.  
— ulcéreuse, III, 481; causes, 482; diagnostic, 486; lésions anatomiques, 486; marche, 485; symptômes, 483; traitement, 487.
- STOMATO-PHARYNGORRHAGIE**, III, 557.
- STOMATORRHAGIE** par rupture de tumeurs variqueuses, III, 420.
- STRABISME**, V, 356; dans l'hémorrhagie cérébrale, II, 126; chez les enfants dans la méningite aiguë, II, 42; dans la tuberculisation des méninges, II, 74.
- STRANGULATION** (Asphyxie par), III, 385; traitement, 385.
- STRIDULEUSE** (Angine), II, 383; (laryngite), II, 383.
- STRONGLE** géant des reins, IV, 636.
- STROPHULUS**, V, 488.
- STRYCHNINE** (Empoisonnement par la), V, 616.
- SUBLIMÉ CORROSIF** (Empoisonnement par le), V, 674.
- SUBMERSION** (Asphyxie par), III, 382; traitement, 385.
- SUBSTANCE** grise et blanche (Absès de la), II, 177.
- SUBSTANCES** (Empoisonnement par les) animales putrides, V, 613; minérales, V, 647; végétales, V, 614.
- SUCCUSSION** hippocratique, III, 9.
- SUCRE** dans le sang, I, 558; dans l'urine, I, 564.
- SUCRÉ** (Diabète), I, 546; (boulimie dans le), 568; (théories sur la formation du), 554.
- SUDAMINA** dans la fièvre typhoïde, I, 26.
- SUETTE MILIAIRE**, I, 212; causes, 213; diagnostic, 220; (épidémie de), 213; lésions anatomiques, 219; marche, 218; symptômes, 214; traitement, 221.  
— bénigne, I, 218; blanche, bulleuse, 215; foudroyante, intense, maligne, 218; phlycténoïde, rouge, vésiculeuse, 215; vésiculopustuleuse, 216.
- SUEURS** (Crises par les), IV, 488.
- SUFFOCANT** (Catarrhe), II, 618.
- SUFFOCANTE** (Angine), III, 617; (brouche), II, 595.
- SUFFOCATION** (Accès de) dans la communication des cavités droites et gauches du cœur, III, 203; dans l'insuffisance aortique, III, 140.  
— (Attaque de) dans le rétrécissement de

mitral, III, 121; (éclampsie avec),  
 (Monomanie du), I, 605.  
**E** (Empoisonnement par le) de car-  
 V, 663; de potasse, V, 674.  
**SION** des hémorrhoides, IV, 201.  
 ègles, V, 52; dans la physométrie,  
 I.  
**ATION** (Fièvre de) dans la variole, I,  
 rveau, II, 177.  
 dans la méningite cérébro-spinale  
 ique, II, 194.  
**ALES** (CAPSULES) (Maladies des), I,  
  
**ION** (Asphyxie par), III, 385; trai-  
 t, 385.  
**POX**, I, 169.  
 , V, 475; diagnostic, 476; marche,  
 ymptômes, 475; traitement, 477.  
**HIQUE** (Hypochondrie), I, 623.  
**SE** cardiaque, III, 247.  
**MATIQUE** (Épilepsie), I, 795; (épi-  
 , II, 249; (gastralgie), IV, 5; (hé-  
 sie), II, 544; (hydrophobie), I, 895;  
 ), IV, 389; (métorrhagie), V, 84.  
**ALE** (Fièvre), I, 247; (grippe), I,  
  
**E**, III, 372; causes, 373; dia-  
 , 375; lésions anatomiques, 375;  
 , 374; symptômes, 374; traitement,  
  
 euse, arthritique, III, 254; chlorofo-  
 V, 660; dans l'entérorrhagie, IV,  
 ns l'hystérie, I, 826.  
**E** (Fièvre), I, 5; II, 697.  
**DES**, I, 458; (caractères communs  
 457; causes, 459; (hérédité des),  
 traitement, 460.  
 se, I, 466; cornée, I, 471; exanthé-  
 e, 463; maculée, I, 472; papuleuse,  
 pustuleuse, 466; squameuse, 471;  
 uleuse, I, 468; disséminée, en grou-  
 rforante, 469; serpigineuse, 470.  
 leuse, I, 465.  
**S**, I, 400; considérations, 400;  
 morphoses de la), 473; (tableau de  
 6; traitement, 408.  
 aire, I, 424; constitutionnelle, I, 447;  
 lants, I, 408.  
**SATION**, I, 442.  
**TIQUES** (Affections), I, 400; (an-  
 III, 608; (cachexie), II, 469;  
 re), I, 417; III, 484; (chlorose), I,  
 oryza), II, 312; (ecthyma), I, 467;  
 a), I, 465; (érythème), I, 464;  
 ), I, 465; (impétigo), I, 467.  
 gite), II, 367; ulcéreuse, I, 461.  
 higus), V, 437; (pharyngite) non  
 ise, III, 608; (psoriasis), I, 474;

(rougeole), I, 463; (rupia), I, 466; (taches),  
 I, 472; (tubercules), I, 453.  
 — (Ulcères), I, 418; des amygdales, III, 632;  
 du col de l'utérus, V, 122, 133; de l'œso-  
 phage, III, 680.  
 — (Urétrite), IV, 793; (végétations) du la-  
 rynx, II, 508; (virus), I, 401.  
**SYRIAQUE** (Ulcère), III, 617.  
**SYSTÈME** osseux et musculaire (Maladies du),  
 V, 356; veineux (maladies du), III, 340.

## T

**TABAC** (Empoisonnement par le), V, 614.  
**TACHES** bleues dans la fièvre continue, I, 8;  
 typhoïde, I, 26.  
 — hépatiques, IV, 313; méningitiques, II,  
 72; de rousseur, V, 540; syphilitiques, I,  
 472.  
**TÆNIA** lata, solium, IV, 231.  
**TAFFETAS** (Bruit de), II, 692.  
**TARENTULE** (Piqûre de la), V, 378.  
**TEIGNE**, V, 456; causes, 458; diagnostic,  
 461; lésions anatomiques, 460; marche,  
 460; symptômes, 458; traitement, 461.  
 — achromateuse, V, 542; amiantacée, V,  
 399; décalvante, V, 457; faveuse, V, 457;  
 furfuracée, V, 399; granulée, V, 448;  
 mentagre, V, 457; muqueuse, V, 448;  
 tondante, V, 457.  
**TEINTE** bronzée de la peau, V, 539.  
**TEMPÉRATURE ÉLEVÉE** développant l'hypé-  
 rémie du foie, IV, 250.  
**TÉNESME** dans la dysenterie, IV, 110.  
 — de l'œsophage, III, 713; vésical, IV, 716.  
**TESTICULE** douloureux, I, 700; (rétraction  
 du) dans la néphrite aiguë, IV, 528.  
**TESTIS** irritable, I, 702.  
**TÉTANOS**, I, 876; causes, 877; diagnostic,  
 884; lésions anatomiques, 883; marche,  
 883; (paroxysmes de), I, 883; symptômes,  
 878; traitement, 884.  
 — cervical, I, 882; droit, I, 880; essentiel,  
 II, 201; facial, I, 882; général, I, 880;  
 intermittent, I, 883, 898; maxillaire, I,  
 862, 882, 877, II, 128, 194; rabien, V,  
 592; rémittent, I, 883; traumatique, I,  
 876, 878.  
**TÊTE** (Branlement de) des vieillards, I, 781.  
**THÉRIOMATE**, V, 517.  
**THORACIQUES** (Maladies), sans siège déter-  
 miné, III, 64; (névralgie), I, 694.  
**THORAX** (PAROIS DU) (Perforation des), III, 5;  
 (rhumatisme des), I, 338.  
**THROMBUS** de la vulve et du vagin, V, 27.  
**THYMIQUE** (Asthme), II, 532; (accès de),  
 532; causes, 634; diagnostic, 536; marche,

- 535; lésions anatomiques, 536; symptômes, 534; traitement, 537.
- TIC CONVULSIF** douloureux, I, 666; non douloureux, I, 908.
- TINTEMENT** métallique dans l'endocardite, III, 100; dans la dilatation des bronches, II, 633; dans la phthisie, II, 766; dans le pneumothorax, III, 9.
- TIQUE**, V, 709.
- TISSU CELLULAIRE** (Endurcissement du), V, 333; (induration du), V, 333; (maladies du), V, 332.
- péri-utérin, abcès, V, 317; inflammation, V, 283; (causes, 284; diagnostic, 290; lésions anatomiques, 290; marche, 288; symptômes, 285; traitement, 291;) maladies, V, 269; tumeurs fluctuantes, V, 269.
- TISSU ÉRECTILE** du foie, IV, 307.
- TISSU PROPRE DU CŒUR** (Maladies du), III, 157; (anévrisme partiel du), III, 166; (apoplexie du), III, 157; (asystolie du), III, 208; (atrophie du), III, 196; (dégénérescence du), III, 197; (dilatation générale du), III, 170; (gangrène du), III, 162; (hypertrophie du), III, 173; (ossification du), III, 197; (rupture du), III, 165.
- TONDANTE** (Teigne), V, 457.
- TONSILLAIRE** (Pharyngite) aiguë, III, 568; (causes, 569; diagnostic, 578; marche, 577; lésions anatomiques, 577; symptômes, 571; traitement, 579;) chronique, III, 600.
- TONSURANT** (Herpès), V, 413.
- TOPHACÉES** (Concrétions), I, 354, 358.
- TOPHUS**, I, 347, 354.
- TORTICOLIS**, I, 334, 686.
- TOUCHER** du larynx dans l'œdème de la glotte, II, 494; rectal et vaginal dans les déviations utérines, V, 219.
- TOUR** de reins, I, 343, 703; causes, 344; diagnostic, 344; lésions anatomiques, 344; marche, 344; symptômes, 344; traitement, 344.
- TOURNIS** dans la méningite cérébro-spinale, II, 194.
- TOUX** dans l'hystérie, I, 839; dans la pharyngite couenneuse, III, 621.
- de la phthisie, II, 762; traitement, 801.
- dans la pleurésie aiguë, III, 25; chronique, III, 48.
- dans le rétrécissement de l'orifice mitral, III, 121.
- bleue, III, 69; chronique, II, 597.
- convulsive, III, 69; dans la coqueluche, III, 71; de dentition, III, 534.
- croupale, II, 413; érucante, II, 467; gastrique, III, 779; gutturale, III, 562; quinteuse, III, 69; spasmodique, II, 384.
- TRACHÉAL** (Rale) dans l'épilepsie, I, 802.
- TRACHÉALE** (Angine diphthéritique), II, 406; (diphthérie), II, 406.
- TRACHÉE** (Cancer de la), II, 542; (hydratée dans la) II, 542; (inflammation de la), II, 537; (maladies de la), II, 537; (ossifications des anneaux de la), II, 542; (spasme de la), II, 533; (ulcères de la), II, 471; III, 683.
- TRACHÉITE** pseudo-membraneuse, II, 538; simple, II, 538; ulcéreuse, II, 540.
- TRACHÉORRHAGIE**, II, 345.
- TRANSPOSITIONS** du cœur, III, 214.
- TRAUMATIQUE** (Hypérémie) du foie, IV, 234; (péritonite), IV, 424; (phlébite), IV, 30; (pneumonie), II, 683; (tétanos), I, 876, 878.
- TREMBLEMENT** des doreurs, V, 676.
- idiopathique, I, 768; (hérédité du), 768.
- des membres supérieurs dans la névralgie générale, I, 727; mercuriel, V, 676; nerveux, I, 767; sénile, I, 768.
- TRICHOCÉPHALE**, IV, 231.
- TRIGONOCÉPHALE** (Morsure du), V, 55.
- TRISMUS**, I, 862, 877, 882, II, 128, 194.
- TRISTE** (monomanie), I, 605.
- TRONC COELIAQUE** (Anévrysme du), III, 327; (anévrisme des divisions du), III, 327.
- TROPICUS** (Lichen), V, 485.
- TROUBLES DIGESTIFS** dans les kystes des ovaires, V, 300; dans la métrite, V, 145.
- TROUBLES NERVEUX** dans la métrite, V, 146, dans la métrorrhagie, V, 94.
- TROUBLES DES SENS** dans l'hémorrhagie cérébrale, II, 129.
- TUBAIRE** (Grossesse), V, 302.
- TUBERCULES**, I, 481; du cœur, III, 198.
- du cerveau, II, 182; (accès épileptiformes dans les), 183; (convulsions dans les), 183; (épilepsie par les), 183.
- du lupus, V, 517; du mésentère, IV, 510.
- de la moelle épinière, II, 238; (accès épileptiformes dans les), 238.
- muqueux, I, 450; du péricarde, III, 249.
- plats, I, 450.
- des poumons, miliaires, II, 770; infiltrés, II, 771.
- des reins, IV, 623; syphilitiques, I, 453.
- TUBERCULEUSES** (Affections) de la peau, V, 511.
- (Granulations) du péricarde, III, 249; (granulation) grise, II, 771; (méningite), II, 65; (méningo-encéphalite), II, 65.
- (Lèpre), V, 512; éléphantine, 511.
- (Péritonite), IV, 465.
- (Syphilide), I, 468; disséminée, en groupes, perforante, I, 462; serpiginieuse, I, 470.
- (Variole), I, 160.
- TUBERCULEUX** (Erythème), V, 370.
- TUBERCULISATION** des méninges, II, 65; causes, 66; (convulsions dans la), II, 73; diagnostic, 76; (dyspnée dans la), II, 75; lésions anatomiques, 76; marche, 75; strabisme dans la, II, 75; symptômes, 69; traitement, 81.

**LIBATION** du mésentère, IV, 510.  
**ITION** du cou dans l'œdème de la II, 491; douloureuses des mamelles, I, 308; dans le cancer de l'estomac, III, 632; dans l'éléphantiasis des Grecs, V, 601; par perforation du cæcum ou de l'ap-cæcal, V, 310.

**smale**, III, 279; blanches, I, 308; ineuses, V, 601.

**ntes** du petit bassin, V, 284; des éri-utérins, V, 269.

**hoïdales**, IV, 192; dans l'entéror-IV, 96; (gangrène des), IV, 195, 215.

**ues** du foie, IV, 321; hydrorénale, I; hypogastrique, V, 292; inflam-

**s** du petit bassin et des fosses iliaques, I; du larynx, II, 513; du pharynx, I; ovarique, V, 294, 301; sanguines

**ilve** et du vagin, V, 27; stercorales, I; variqueuses (stomatorrhagie par

**de**), III, 420.

**TE**, IV, 176; traitement, 177.

**hystérie**, I, 825; péritonéale, IV, 187.

**E**, V, 309.

**E** (Entéro-mésentérite), I, 13; (état),

**),** I, 10; (altération de la bile dans 7; (altération des glandes de Peyer

**),** 39; (carphologie dans la), 25; 13; contagion, 13, 16; diagnostic,

**idémie**, 16; (état de la peau dans 1; lésions anatomiques, 37; marche,

**amina** dans la), 26; traitement, 45; **ons** de la langue dans la), 23.

**)** des enfants, I, 30.

**onie**), II, 683.

**I**, 10; d'Afrique, I, 90; des camps, l'Orient, I, 90; des prisons, I, 13.

**a**, I, 79; cérébro-spinal, II, 189.

**,** 53; anatomie pathologique, 56; 54; contagion, 55; description,

**échies** dans la), 63; traitement, 66.

**,** jaune, nautique, I, 79.

## U

**IONS** de l'aorte, III, 269; de l'ap-cæcal, V, 318; des artères secon-

**II**, 329; du cæcum, V, 309; de buccale dans le muguet, III, 435;

**,** III, 160, 162; du col de l'utérus, 132; des gencives dans le scorbut,

**de** la langue dans la fièvre typhoïde, de la membrane interne du cœur,

**,** dans la morve, V, 583, 589; **phage**, III, 679; dans l'ozène, II,

312; des parois du larynx, III, 632; sur les paupières dans le choléra, I, 118; du péricarde, III, 249; de la plèvre, III, 35.

**ULCÉRATIONS** de l'utérus : granuleuses, V, 123; simples, V, 129.

— dysentériques, IV, 115; granuleuses de l'utérus, V, 123; hémorrhoidales, IV, 195.

— simples du col de l'utérus, V, 122, 132; de l'utérus, V, 129.

**ULCÉRÉES** (Plaques), I, 452.

**ULCÈRES** des amygdales, III, 632.

— du col de l'utérus, bénins, V, 132; syphilitiques, V, 133.

— de l'intestin dans la dysenterie, IV, 115; du larynx, II, 470; de la matrice, V, 183; de l'œsophage, III, 680.

— du pharynx, III, 631; phagédéniques, diphthéritiques et gangréneux, III, 635.

— de la trachée, II, 471; III, 683.

— de l'utérus, V, 171; simples, vénériens, V, 182.

— atonique, V, 441; croûteux, V, 441; diphthéritiques du pharynx, III, 635; égyptien, III, 617; fétides, II, 307; gangréneux du

**pharynx**, III, 635; phagédéniques du pharynx, III, 635.

— simple de l'estomac, III, 805; (causes, 806; diagnostic, 815; lésions anatomiques, 814; marche, 813; symptômes, 808; traitement, 816); de l'utérus, V, 182.

— syphilitiques, I, 418; des amygdales, III, 632; du col de l'utérus, V, 122, 133; de l'œsophage, III, 680.

— syriaque, III, 617; vénériens de l'utérus, V, 182.

**ULCÉREUSE** (Angine), III, 617.

— (Laryngite) aiguë, II, 461; (causes, 463; diagnostic, 470; lésions anatomiques, 469; symptômes, 464; traitement, 474); cancé-

**reuse**, 367; chronique, 461; non syphilitique, 367; syphilitique, 461.

— (Œsophagite), III, 679; (palatite) syphilitique, III, 633; (pharyngite), III, 631; (plaques), I, 452; (rhinite), II, 307.

— (Stomatite), III, 481; causes, 482; diagnostic, 486; lésions anatomiques, 486; marche, 485; symptômes, 483, traitement,

**487.**

— (Trachéite), II, 540.

**URÉE** en excès dans l'urine, I, 548; en trop faible proportion, I, 548.

**URETÈRES** (Calculs des), IV, 708; cancer, IV, 708; dilatation, IV, 708; hémorrhagie, IV, 708; inflammation, IV, 708; (maladies des), IV, 708; oblitération, IV, 708; (rétention d'urine dans les), IV, 708; rétrécissement,

**IV**, 708.

**URETÉRORRHAGIE**, IV, 708.

**URÈTHRE** (Hémorrhagie de l'), IV, 790; (maladies de l'), IV, 790.

**URÉTHRITE** chez la femme, IV, 843.  
 — scorbutique, IV, 797; syphilitique, vénérienne, virulente, IV, 793.  
**URÉTHRO-HÉMORRHAGIE**, IV, 790.  
**URÉTHRORRHAGIE**, IV, 790.  
**URÉTHRO-VAGINITE**, IV, 838.  
**URINAIRES** (Concrétions), IV, 681; traitement, 681.  
 — (Fistule), I, 427.  
**URINAIRES** (CONDUITS) (Maladies des), IV, 640.  
**URINAIRES** (VOIES) (Maladies des), IV, 514.  
**URINE** (Incontinence d'), IV, 730; causes, 731; diagnostic, 735; lésions anatomiques, 735; marche, 734; symptômes, 734; traitement, 735.  
 — (Rétention d'), IV, 744; (causes, 746; diagnostic, 749; lésions anatomiques, 749; marche, 748; symptômes, 747; traitement, 752); dans les cavités rénales, IV, 703; (causes, 704; diagnostic, 706; lésions anatomiques, 706; marche, 704; symptômes, 704; traitement, 707).  
**URINES** dans l'ascite, IV, 481; dans la colique néphrétique, IV, 695; (crises par les), IV, 488; dans la cystite chronique (catarrhe vésical), IV, 721; dans le diabète, I, 562; dans la gravelle, IV, 674; dans l'hématémèse, IV, 646; dans l'hémorrhagie vésicale, IV, 710; dans l'incontinence d'urine, IV, 730; dans la maladie de Bright, IV, 568; dans la néphrite simple aiguë, IV, 525; dans la polyurie, I, 549; dans la pyélite, IV, 660; (sable dans les), IV, 673; dans la spermatorrhée, IV, 766; (sucre dans les), I, 564.  
 — albumineuses, IV, 568; dans le choléra, I, 417.  
 — alcalines dans la myélite aiguë, II, 226; chronique, 234.  
 — chyleuses, IV, 650; sucrées, I, 564.  
**URIQUE** (Gravelle), IV, 676.  
**URTICAIRE**, V, 390; causes, 390; diagnostic, 392; épidémie, 390; marche, 392; symptômes, 391; traitement, 393.  
 — chronique, V, 393; evanida, V, 392; febrilis, V, 391; tuberosa, V, 392.  
**UTÉRALGIE**, V, 194.  
**UTÉRIN** (Catarrhe), V, 139; (cathétérisme), V, 221, 255, 257, 262, 265.  
 — (Écoulement) dans le cancer de l'utérus, V, 175; dans la leucorrhée, V, 41; dans la métrite, V, 136, 145; dans les granulations utérines, V, 125; vaginal dans la leucorrhée, V, 40.  
**UTÉRINE** (Blennorrhagie), IV, 843.  
 — (Colique), V, 111; (accès de), V, 113.  
 — (Congestion), V, 110; causes, 111; diagnostic, 113; lésions anatomiques, 113; marche, 113; symptômes, 112; traitement, 114.  
 — (Déviations) congénitales, V, 199, 209;

causes, 205; diagnostic, 219; lésions anatomiques, 217; marche, 216; symptômes, 213; traitement, 226.  
**UTÉRINE** (Fluxion), V, 111, fureur, I, 638.  
 — Granulations, V, 122, 123; causes, 121; diagnostic, 128; lésions anatomiques, 129; marche, 128; symptômes, 125; traitement, 129.  
 — Grossesse, V, 186; hémorrhagie, V, 81; inflammation, V, 140; leucorrhée, V, 40; migraine, I, 640; pléthore, V, 111; typanite, V, 187.  
**UTÉRUS** (Abaissement de l'), V, 167.  
 — (Cancer de l'), V, 171; causes, 171; coloration jaunâtre du corps dans le), V, 176; diagnostic, 181; marche, 179; lésions anatomiques, 180; symptômes, 172; traitement, 184; simple, V, 182; vénérien, V, 182.  
 — (Chute de l'), V, 144; (descente de l'), V, 167; (déviations de l'), V, 199; engorgement de l'), V, 163; (gangrène de l'), V, 119; (granulations de l'), V, 122; (hémorrhagie de l'), V, 84; (hypertrophie de l'), V, 165 (induration squirrheuse de l'), V, 168; (inflammation de l'), V, 140; (maladies de l'), V, 51; (névralgie de l'), V, 194; (polypes de l'), V, 167; (rhumatisme de l'), I, 342; (rupture de l'), V, 192; (squirrhe de l'), V, 153, 171.  
 — (Ulcérations de l') granuleuses, V, 121; simples, V, 129.  
 — (Ulcères vénériens de l'), V, 182.  
**UTÉRUS** (COL DE l') (Allongement hypertrophique du), V, 165; (dilatation artificielle du), V, 189; (érosions du), V, 122, 131; (granulations du), V, 122, 123; (métrite de l'), V, 122; (ulcérations simples du), V, 122, 132; (ulcères syphilitiques du), V, 122, 133.

## V

**VACCIN**, V, 171.  
**VACCINATION**, I, 171; procédé opératoire, V, 173.  
**VACCINE**, I, 170; (inoculation de la), I, 173.  
 — constitutionnelle, locale, I, 178.  
**VAGIN** (Adhérences du col utérin à la paroi postérieure du), V, 251; (hémorrhagie du), V, 21; (inflammation du), V, 20; (maladies du), V, 20; (thrombus ou tumeurs sanguines du), V, 27.  
**VAGINAL** (Toucher) dans les déviations utérines, V, 219.  
**VAGINALE** (Blennorrhagie), IV, 842; (leucorrhée), V, 41.  
**VAGINITE** aiguë simple, V, 21.  
 — chronique simple, V, 22; diphthérique, V, 23.



**TE** granuleuse, V, 22; diagnostic, 23; he, 23; symptômes, 23; traitement, 24. **irienne**, IV, 842.

**LAUX LYMPHATIQUES** (Inflammation III, 416; (maladies des), III, 416.

**LES DU CŒUR**, altérations en général, 145; (causes, 145; diagnostic, 146; he, 146; lésions anatomiques, 146; tômes, 145; traitement, 146;) indurables, 112; ossification, III, 123, 131, iques, III, 136; (insuffisance des), III, (causes, 136; diagnostic, 142; lésions miques, 141; marche, 140; symptômes, traitement, 143); (régurgitation à tra- les), III, 136.

**ulo-ventriculaires** (Induration des), III, ale (Induration de la), III, 113; (insuf- e de la), III, 134.

**spide** (Induration de la), III, 114; (in- ance de la), III, 135.

**R** du charbon (Asphyxie par la), III, traitement, 387.

**RS**, I, 817; noires, I, 623.

**fermentation alcoolique** (Asphyxie par II, 380.

**ILLE**, I, 169; à petites vésicules en-pox), I, 170; syphilitique, I, 465; à iles globuleuses (swine-pox), I, 170.

**IS anévrysmales**, III, 285.

**IE**, I, 153; causes, 154; diagnostic, épidémie, I, 155; (fièvre de suppur- dans la), I, 157; inoculation, I, 167; is anatomiques, 161; marche, 160; tômes, 155; traitement, 163.

**iente**, I, 161; congénitale, I, 154; cris- e, I, 160; discrète, I, 161; emphysé- ise, I, 160; épidémique, I, 165; hémor- que, I, 161; irrégulière, I, 159; , pétéchiiale, scorbutique, I, 160; régu- I, 155; tuberculeuse, verruqueuse, 0.

**IOÏDE**, I, 168.

**IEUSE** (Fièvre). I, 154; (orchite), I,

**IEUX** (Anévrysme) de l'aorte, III, 304; ment, 307.

**IALES** (SUBSTANCES) (Empoisonnement s), V, 614.

**ANT** (Chancre), I, 424.

**ANTES** (Plaques), I, 452.

**ATIONS** syphilitiques de larynx, II, traitement, 544.

**i** (Altérations diverses des), III, 369; de souffle dans les), I, 491, 499; (in- nation des), III, 341; (maladies des), 37.

**minales dilatées dans l'ascite**, IV, 481.

**inférieure** (Anévrysme variqueux de

l'aorte ventrale s'ouvrant dans la), III, 305.

**VEINE** cave supérieure (Anévrysme de l'aorte s'ouvrant dans la), III, 305.

**VEINEUX** (système) (Maladies du), III, 340.

**VELUS** (Cœurs), III, 226.

**VÉNÉRIENNE** (Blennorrhagie), IV, 796; (uré- thrite), IV, 793; (vaginite), IV, 842.

**VÉNÉRIENS** (Ulcères) de l'utérus, V, 182.

**VENIN** des animaux, V, 582, 592.

**VENTEUSE** (Grossesse), V, 186.

**VENTRICULES** cérébraux (Hydropisie des), II, 39; du cœur (hypertrophie des), III, 182.

**VERMINEUSES** (affections) (Épidémie d'), IV, 232; (fièvre), IV, 223.

**VERMINEUX** (Absès), IV, 222.

**VÉROLE**, I, 406.

— (Petite), I, 154; volante, I, 168.

**VER** solitaire, IV, 231.

**VERS** (Mal de), V, 579.

**VERS INTESTINAUX**, IV, 218.

**VERTÉBRALE** (Carie), I, 697.

**VERTIGES** épileptiques, I, 802.

— nerveux, II, 9; causes, 15; diagnostic, 16; symptômes, 12; traitement, 17.

**VÉRUQUEUSE** (Variole), I, 160.

**VÉSICAL** (Ténésme), IV, 716.

**VÉSICALE** (Hémorrhagie), IV, 709; simple spontanée, 710; symptomatique, 711.

**VÉSICULE BILIAIRE** (Absès de la), IV, 334; (accumulation de matières fécales occa- sionnant de la sérosité dans la), IV, 370; (atrophie de la), IV, 374; (calculs de la), IV, 341; (cancer de la), IV, 371; (distension de la) par la bile, IV, 364; (fistule de la), IV, 334, 338; (hydropisie de la), IV, 370.

— (Inflammation de la), IV, 332; causes, 332; diagnostic, 336; lésions anatomiques, 335; marche, 335; symptômes, 333; traitement, 337; chronique, 339.

— (Rupture de la), IV, 370.

**VÉSICULE DU FIEL**. Voy. *Vésicule biliaire*.

**VÉSICULES** de la gale, V, 424; ovariennes, V, 297.

**VÉSICULES SÉMINALES** (Maladies des), IV, 759.

**VÉSICULEUSES** (Affections) de la peau, V, 394; (suettes miliaires), I, 215; (syphilide), I, 465.

**VÉSICULEUX** (Érysipèle), V, 372.

**VESSIE** (Maladies de la), IV, 709.

— (Cancer de la), IV, 728; (rétention d'urine dans la), IV, 730.

— (Catarrhe de la), IV, 712; (cathétérisme de la), IV, 752; (distension de la) dans la métrite puerpérale, V, 121; (hémorrhagie de la), IV, 709; (inflammation de la), IV, 712; (névralgie de la), IV, 756; (paralysie de la), IV, 744.

**VIBRATOIRE** (Chorée), I, 793; (frémisse- ment), III, 99.

**VICES** de conformation du cœur, III, 214.  
**VICIATION** de l'air (Asphyxie par), III, 382.  
**VIEILLARDS** (Branlement de tête des), I, 781.  
**VIPÈRE** commune (Morsure de la), V, 575.  
**VIRULENTE** (Uréthrite), IV, 793.  
**VIRUS** des animaux, V, 592; rabique, V, 592; syphilitique, I, 401.  
**VISCÉRAL** (Rhumatisme), I, 341.  
**VISCÉRALE** (Hystérie), I, 839.  
**VISCÉRALGIES**, I, 646, 652.  
**VISCÈRES** (Syphilis des), I, 472.  
**VITILIGO**, V, 542.  
**VOIES** aériennes (Hydatides des), II, 619.  
— biliaires (Affections des), IV, 331; (inflammation des), 332.  
— circulatoires (Maladies des), III, 85.  
— digestives (Maladies des), III, 418; (annexes des) (Maladies des), IV, 247.  
— génito-urinaires (Maladies des), IV, 514.  
— respiratoires (Corps étrangers dans les), III, 378; (maladies des), II, 247.  
— urinaires (Maladies des), IV, 514.  
**VOIX** (Altération de la), II, 362; dans le pseudo-croup, II, 388.  
— broncho-pleurophonique, III, 28; croupale, II, 413; (extinction de), II, 514; (perte de la), II, 514; (râlement de la), II, 363.  
**VOL** (Monomanie du), I, 605.  
**VOLVULUS**, IV, 145.  
**VOMIQUES**, II, 771.  
**VOMISSEMENT** dans le cancer de l'estomac, III, 809.  
— dans le choléra épidémique, I, 107; sporadique, IV, 86.  
— dans l'indigestion, III, 733; dans la méningite aiguë, II, 42.  
— bilieux dans la gastrite chronique, III, 788.

**VOMISSEMENTS** incoercibles, IV, 46; causes, 47; marche, symptômes, 49; traitement, 50.  
— de matière fécale, IV, 135.  
— nerveux, IV, 32; (causes, 33; diagnostic, 39; lésions anatomiques, 38; marche, 37; symptômes, 34; traitement, 43); chronique, IV, 33, 40; essentiel, 33; des femmes grosses, IV, 32; incoercible, IV, 33; spasmodique, IV, 33.  
— noir dans la fièvre jaune, I, 79; dans la gastrite ulcéreuse, III, 809.  
**VOMITO** negro, I, 79.  
**VULVAIRE** (Diphthérie), V, 10; (folliculite), V, 8.  
**VULVE** (Gangrène de la), V, 11; (inflammation de la), V, 2; (maladies de la), V, 1; (névralgie de la), V, 15; (prurit de la), V, 18; (tumeurs sanguines ou thrombus de la), V, 27.  
**VULVITE** folliculeuse, V, 5; causes, 5; diagnostic, 7; marche, 6; symptômes, 5; traitement, 7.  
— gangréneuse, V, 11; pseudo-membraneuse, V, 10.  
— simple aiguë, V, 1; causes, 2; diagnostic, 3; marche, 3; symptômes, 2; traitement, 4; chronique, V, 4.

Y

**YAWS**, V, 526.

Z

**ZINC** (Colique de), V, 685; (empoisonnement par le) et ses préparations, V, 684.  
**ZONA** (Herpes), V, 411.  
**ZOSTER** (Herpes), V, 411.

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE ET DU TOME CINQUIÈME ET DERNIER.

















**LANE MEDICAL LIBRARY**  
**300 PASTEUR DRIVE**  
**PALO ALTO, CALIFORNIA 94304**

**Ignorance of Library's rules does not exempt  
violators from penalties.**

**500-10-63-5632**



